

Geschäftsstelle
des Wissenschaftsrates

Drs. 1530/69
Berlin, den 10. Mai 1969

Stellungnahme
des Wissenschaftsrates
zur Errichtung eines "Deutschen Instituts
für seelische Gesundheit"
(Modellinstitut für sozialpsychiatrische Forschung und Therapie)

I.

Mit Schreiben vom 9. April 1968 hat das Kultusministerium des Landes Baden-Württemberg den Wissenschaftsrat um eine Stellungnahme zur Förderungswürdigkeit des von dem Verein zur Errichtung und Förderung eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung e.V. geplanten "Deutschen Instituts für seelische Gesundheit" in Mannheim gebeten.

In dem Institut soll der Versuch unternommen werden, neuartige psychiatrische Behandlungsverfahren zu erproben und einer sozialpsychiatrischen Reform in Theorie und Praxis den Weg zu ebnen.

Der Verein hat einen Stufenplan für den Aufbau des Modellinstituts vorgelegt. Danach sind für die erste Aufbaustufe mindestens drei Abteilungen geplant. Diese Abteilungen sollen in gleicher Weise Sozialpsychiatrie im engeren Sinn (Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Sozialstrukturen), psychosomatische Medizin (Zusammenhänge zwischen Erlebnisfaktoren und organischen Krankheiten) und klinische Psychologie (insbesondere Persönlichkeitsdiagnostik) umfassen. Für die zweite Aufbaustufe sind Abteilungen für Psychoanalyse und Psychotherapie, Neuropsychiatrie (Zusammenhänge zwischen hirnnorganisch bedingten Veränderungen und psychischen Er-

scheinungen) und Psychohygiene (insbesondere Prophylaxe auf dem Gebiet seelischer Erkrankungen) geplant, soweit ihre Einrichtung nicht bereits in die erste Stufe einbezogen werden kann; außerdem sind in der 2. Stufe Einrichtungen für Forschung und Lehre und für die Erweiterung der Rehabilitationseinrichtungen vorgesehen.

II.

Die Psychiatrie wird in der Bundesrepublik von den entsprechenden Universitätskliniken, den psychiatrischen Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten vertreten, außerdem durch die offenen Fürsorgedienste der Kommunen, die karitativen Verbände und privaten Einrichtungen.

1. Die psychiatrischen Universitätskliniken, die überwiegend nach dem Schema von Krankenhäusern für somatisch bedingte Leiden konzipiert sind, verfügen insgesamt über etwa 1500 Betten. Ihre Ausrichtung auf die unterschiedlichen wissenschaftlichen Intentionen der jeweiligen Klinikleiter bewirkt, daß sie ihre Aufgabe außerordentlich unterschiedlich wahrnehmen.
2. Die Hauptlast tragen in therapeutischer und pflegerisch-bewahrender Hinsicht 59 psychiatrische Großkrankenhäuser mit insgesamt etwa 92 000 Betten.

Bei ihnen besteht eine krasse Notlage, über die bereits häufig öffentlich berichtet worden ist. Ihr Zustand läßt sich vor allem auf folgende Ursachen zurückführen:

- übermäßige Größe der psychiatrischen Krankenhäuser: durchschnittlich etwa 1500 Betten;
- Zusammenballung heterogener Krankheitsgruppen in einem Hospitalkomplex, der eine Therapie behindert;
- von der sozialen Umwelt meist vollständig isolierte geographische Lage, die moderne Rehabilitationsbe-

mühungen und den Aufbau von Übergangseinrichtungen einschränkt oder unmöglich macht;

- Personalmangel oft erheblichen Ausmaßes bei gleichzeitiger Überalterung der vorhandenen Ärzteschaft;
- in zögernde Übernahme der neueren wissenschaftlichen Erkenntnisse mit entsprechenden Folgen auf dem Gebiet der Diagnostik, der Therapie und des Pflegestils;
- zu geringe Nutzung der Ausbildungsmöglichkeiten des ärztlichen und Pflegepersonals innerhalb der Anstalten und zu geringe Verbindung zu den Universitätskliniken.

Dies alles führt dazu, daß es kaum Forschungsarbeiten auf so wichtigen Gebieten wie der Alterspsychiatrie, den Chronifizierungsprozessen und schizophrener Psychosen und der Oligophrenie gibt; die entsprechenden Patientengruppen werden nicht von den Universitätskliniken, sondern fast ausschließlich von den psychiatrischen Krankenhäusern behandelt oder verwahrt, die selbst jedoch die für eine sachgemäße Behandlung der Patienten notwendige Forschung nicht betreiben können.

Dennoch wird nicht verkannt, daß an vielen Stellen Anstrengungen unternommen werden, um die gegenwärtige Lage zu verbessern. Diese Bemühungen finden jedoch ihre Grenze an der überkommenen und an der verhärteten Struktur der psychiatrischen Krankenhäuser, wozu die finanziellen und baulichen Gegebenheiten hinzutreten.

3. Auf Grund gesetzlicher Regelungen steht prinzipiell allein den niedergelassenen Ärzten das Recht auf ambulante Behandlung zu. Ausnahmen bestehen lediglich nach Maßgabe regionaler Verträge und in unterschiedlicher Form für die Ambulanz der Universitätskliniken, die jedoch überwiegend diagnostisch tätig werden. Es ist bekannt, daß die niedergelassenen Ärzte nur von einem Bruchteil der psychisch Gestörten aufgesucht werden. Andererseits liegen bei den Patienten in den Allgemeinen Praxen bis zu 60 % psychische und psychosomatische

Leiden und Probleme vor, die als solche nicht erkannt und behandelt werden. Eine nicht geringe Zahl begibt sich zum Seelsorger, zu Beratungsstellen und anderen Fürsorgediensten. Viele, vor allem entlassene Psychotiker, suchen überhaupt keinen Arzt auf und erleiden ohne Betreuung leicht Rückfälle.

Der niedergelassene Nervenarzt verfügt außerdem in der Regel über keine Fürsorgekräfte, so daß er auf die nicht immer vorhandene Behandlungswilligkeit der psychisch Kranken angewiesen bleibt. Da sich die Nervenärzte, deren Zahl insgesamt zu gering ist, fast nur in Großstädten, mittleren Städten und Kurorten niederlassen, kann besonders auf dem Lande von einer zureichenden ambulanten Versorgung im Bereich der Psychiatrie nicht gesprochen werden.

4. Die offenen Fürsorgedienste der Gemeinden und freien Wohlfahrtsverbände haben sich jeder therapeutischen Tätigkeit im eigentlichen Sinne zu enthalten. Ihre Aufgabe beschränkt sich auf Beratung, Kontrolle und Intervention. Auf psychiatrischen Gebiet mangelt es ihnen an besonders ausgebildeten Fürsorgekräften. Die Familienfürsorge ist schon von ihrer Ausbildung her den Problemen psychischer Konflikte und Leiden nicht gewachsen. Die Religionsgemeinschaften, die freien Wohlfahrtsverbände, sowie die Zweckverbände und die Kommunen unterhalten jede für sich verschiedene Sozialdienste. Sie sind regional unterschiedlich organisiert und arbeiten nicht ständig zusammen; ein übergreifend institutionalisierter Erfahrungsaustausch fehlt.

Der gegenwärtige Zustand der Psychiatrie in der Bundesrepublik ist dringend reformbedürftig. Eine Reform wird zum Ziel haben müssen, die einzelnen Institutionen den modernen Bedürfnissen anzupassen und sie miteinander sinnvoll zu koordinieren. In anderen Ländern ist das Problem der seelischen Gesundheit in seinem ganzen Gewicht erkannt; entsprechende Umstrukturierungen sind eingeleitet worden. Dort hat man schon vor Jahren, von einer Analyse der bestehenden Verhältnisse ausgehend, den

Reformen überregionale, von Experten-Kommissionen entworfene Pläne zugrundegelegt. In der Bundesrepublik hat sich bislang keine allgemeine und überregionale Zielplanung ermöglichen lassen.

Kernpunkte aller sozialpsychiatrischen Reformen, die an den internationalen Standard anknüpfen wollen, müssen sein:

- der Aufbau einer psychiatrischen Prävention in verschiedenen Stufen;
- die Verstärkung der ambulatorischen und konsultativen Dienste;
- die Schaffung von verschiedenartigen, flexibel organisierten Übergangseinrichtungen (Tageskliniken, Nachtkliniken, Klubs, Wohnheimen usw.);
- die Intensivierung der rehabilitativen Maßnahmen;
- die Entwicklung von Formen einer dauerhaften Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Fürsorgeeinrichtungen;
- die Anhebung des Ausbildungsstandes der Ärzte, des Pflegepersonals und der Sozialarbeiter.

Diese Reformen lassen sich jedoch nur dann sinnvoll verwirklichen, wenn wenigstens zwei weitere Bedingungen erfüllt sind:

- die personelle Kontinuität in der Behandlung der Patienten;
- die Nähe der sozialpsychiatrischen Einrichtungen zur sozialen Umwelt.

Bei psychisch Kranken hängt der Behandlungserfolg mehr als bei körperlich Kranken vom Kontakt mit dem Arzt und seinen Mitarbeitern ab. Diesen herzustellen und zu pflegen ist eine besonders wichtige Aufgabe. Durch die bauliche Aufgliederung der konventionellen psychiatrischen Einrichtungen in eine Vielzahl von Abteilungen mit unterschiedlichem Unterbringungsmodus (geschlossen, halboffen, offen, unruhig, ruhig usw.), zwischen denen die Patienten hin- und herverlegt werden, kommt es immer

wieder zu einer Unterbrechung der Beziehung zum Therapeuten. Der Kranke sieht sich im Verlaufe seines stationären Aufenthaltes wiederholt neuen Personen gegenüber, wird häufig von neuem befragt und nach wechselnden Gesichtspunkten behandelt. Dadurch entsteht für ihn ein undurchsichtiges Beziehungsnetz, in dem sich vor allem psychotische Menschen nur schwer zurechtfinden.

Bei einer kontinuierlichen Behandlungsführung bleibt der Patient während der gesamten Behandlungszeit bei dem Arzt, zu dem er einmal Vertrauen gefaßt hat; er bleibt in der Behandlung derselben Gruppe von Mitarbeitern sowohl bei seinem Aufenthalt im Krankenhaus als auch bei ambulanter Nachbetreuung nach seiner Entlassung. Der Grundsatz der Kontinuität macht es erforderlich, daß die Ärzte und ihre Mitarbeiter in Gruppen zusammengefaßt werden und daß diesen Teams Krankenhauseinheiten zur Verfügung stehen, in denen möglichst alle Varianten psychiatrischer Unterbringungsformen gegeben sind, so daß der Patient von demselben Team über die akute stationäre Bettenbehandlung, die offenere Unterbringung bis hin zu einem Tages- oder Nachtambulanzstatus oder zu einer ambulanten Therapie geführt und gegebenenfalls bei Verschlechterung seines Zustandes ohne Schwierigkeiten wieder in Stufen in eine entsprechende Behandlung zurückgeführt werden kann. Die kontinuierliche Behandlungsführung gewährleistet so ein wünschenswertes Maß von Flexibilität in der Anpassung an die Besonderheiten des Einzelfalles.

Sozialpsychiatrische Institutionen sollten ferner in der Weise eingerichtet werden, daß sie den Bedürfnissen einer überschaubaren Region (z.B. eines Stadtgebiets), in der sie errichtet sind, entsprechen. Die enge Verflechtung psychischer Abweichungen mit sozialen Gegebenheiten erfordert einen ständigen und engen Kontakt mit den Umgebungspersonen des Kranken. Prävention, Therapie und stufenweise Rehabilitation können deshalb nur gelingen, wenn die Verbindung zu den Arbeitsstätten, den lokalen Fürsorgediensten, den niedergelassenen Ärzten dauernd unterhalten werden. Außerdem kann ein modernes sozialpsychiatrisches Zentrum allgemeine konsultative Dienste in Form von Beratung, z.B. der

Altersheime, der Übergangsheime, der Jugendheime, der Familienfürsorge und Telefonfürsorge, nur wahrnehmen, wenn es sich in unmittelbarer Nähe zu ihnen befindet. Auch lassen sich die deutlichen Vorurteile der Bevölkerung gegen psychiatrische Einrichtungen besser abbauen, wenn diese zur Region hin geöffnet und unmittelbar auf sie bezogen sind. Sozialpsychiatrische Einrichtungen sollten daher gemeinschaftsnah im funktionalen und geographischen Sinne eingerichtet werden.

III.

Zu dem Plan des Vereins zur Errichtung und Förderung des Modellinstituts nimmt der Wissenschaftsrat wie folgt Stellung:

Versuche einer sozialpsychiatrischen Reorganisation sind bisher nur bruchstückhaft und mit wechselndem Erfolg unternommen worden. In sich geschlossene, konsequent durchkonstruierte Modelle regionaler sozialpsychiatrischer Behandlungseinheiten, die die Bevölkerung einer örtlich überschaubaren Region nach modernen Gesichtspunkten voll versorgen könnten, bestehen bislang in der Bundesrepublik nicht.

Die Errichtung eines Instituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung, das einen Versuch in dieser Richtung unternimmt, ist daher von der Sache her dringend geboten. Ein Institut dieser Art wird es zum ersten Mal ermöglichen, ausreichende Erfahrungen über die Funktionsweise und die Effizienz eines sozialpsychiatrisch konzipierten Behandlungszentrums in einer bestimmten Region zu sammeln. Als Modell wird es neben der therapeutischen Funktion vor allem Forschungsaufgaben übernehmen müssen, um aus der Theorie und Praxis neuartiger psychiatrischer Behandlungsweisen in der Gemeinde Erkenntnisse zu gewinnen, die für die Weiterentwicklung des Systems und seine Übertragbarkeit auch auf andere Orte von Bedeutung sind. Die Aufgaben des Instituts kristallisieren sich folglich um die praktische und wissenschaftliche Verwirklichung einer sozialpsychiatrischen Reform.

Die wissenschaftliche Konzeption des Modellinstituts entspricht in allen wesentlichen Punkten den internationalen Forderungen auf diesem Gebiet; in seinem Aufbau lehnt es sich an die Struktur der amerikanischen Community Mental Health Center an (Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten, S. 49).

1. Für die klinischen Abteilungen ist im Endausbau eine Kapazität von etwa 200 Betten bzw. Behandlungsplätzen vorgesehen. Jede der drei in Aussicht genommenen Abteilungen sollte die Sozialpsychiatrie, die psychosomatische Medizin und die klinische Psychologie umfassen und in der ersten Baustufe in zwei Stationen zu je 24 Betten bzw. Behandlungsplätzen untergliedert sein. Entsprechend dem Grundsatz der kontinuierlichen Behandlungsführung und der Forderung nach einer möglichst weitgehenden Flexibilität, sind in jeder Abteilung Möglichkeiten der Vollhospitalisierung (Bettenbehandlung), der tagesklinischen und der nachtklinischen Behandlung integriert. Die Abteilungen sollten die Hälfte ihrer Kapazität (= 24 Betten) für die Vollhospitalisierung, ein Drittel (= 16 Behandlungsplätze) für Tagesklinikpatienten und ein Sechstel (= 8 Behandlungsplätze) für Nachtklinikpatienten bereithalten.

Die Planungen sehen neben den drei genannten sozialpsychiatrischen Abteilungen eine neuro-psychiatrische Abteilung mit neuro-radiologisch-apparativer und -elektroencephalographischer Ausstattung vor. Die Einbeziehung einer derartigen klinischen Einrichtung in das geplante Institut ist jedoch nicht erforderlich, da die nahegelegene Neurologische Klinik des Universitätsklinikums Mannheim eine konsultative Zusammenarbeit mit ihr auf diesem Gebiet ermöglicht. Anstelle der neuro-psychiatrischen Abteilung sollte erwogen werden, eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung vorzusehen.

Die vorgesehene Einrichtung einer Intensivtherapiestation für Krisenintervention mit 12 Betten ist wünschenswert.

Diese Einrichtung soll der unaufschiebaren Aufnahme hochakuter Fälle, etwa der Aufnahme suicidalen Kranker, dienen.

Entsprechend der Grundkonzeption des Instituts wird besonderes Gewicht auf die poliklinischen und konsultativen Dienste gelegt. Ein wesentlicher Teil der Aufgaben eines sozialpsychiatrischen Zentrums liegt in der Gemeinde selbst, und zwar in der Zusammenarbeit mit verschiedenen sozialen und medizinischen Einrichtungen, die praktisch für den größten Teil der psychisch Gefährdeten und psychisch Kranken aufkommen müssen. Die Polikliniken für Erwachsene, für Kinder und Jugendliche sollten insoweit mit ihren Konsultationsteams, die aus einem Arzt, einer sozialpsychiatrisch ausgebildeten Schwester und einem Sozialarbeiter bestehen, für psychosomatische Krankheiten und kinderpsychiatrische Fälle, mit den jeweiligen Kliniken des Universitätsklinikums Mannheim zusammenarbeiten.

Die Aufgabe der vorgesehenen psychohygienischen Abteilung liegt in den präventiven Maßnahmen, und zwar in der systematischen Unterrichtung der Öffentlichkeit, in der Ausbildung von sogenannten Schlüsselpersonen (z.B. Lehrern, Personalleitern, Polizeibeamten), in der Zusammenarbeit mit Schulen, Erziehungsheimen usw..

Es muß betont werden, daß die klinischen, poliklinischen und konsultativen Tätigkeiten des Instituts zwar praxisbezogen sind, aber zugleich und intensiv der Forschung und Ausbildung dienen. Darüber hinaus sind gesonderte Forschungsabteilungen zur Wahrnehmung exemplarischer, überregionaler Aufgaben unerlässlich.

Als solche Forschungsabteilungen sind vorgesehen:

- eine Forschungsstelle für psychiatrische Epidemiologie,
- eine Abteilung für Rehabilitationsforschung, Familienforschung und Krankenhaussoziologie,

- eine Arbeitsgruppe für Dokumentation und Biostatistik.

In diesen drei Forschungsabteilungen sollten dem Problem der Neurosenentstehung durch Einflüsse im Säuglings- oder Kleinkindalter, sowie in der späteren Entwicklung des Kindes und Jugendlicher, besondere Beachtung gewidmet werden.

Darüber hinaus ist zu prüfen, ob das Institut Forschungen auf dem Gebiet der Psychopharmakologie sowie über die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Geisteskrankheiten und hormonalen oder Stoffwechselstörungen selber betreiben oder durch enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Universitätsinstituten intensivieren soll.

Es ist ferner beabsichtigt, in den Arbeitsbereich des Modellinstituts auch das Landeskrankenhaus Wiesloch mit einzubeziehen, in dem etwa 300 Kranke aus Mannheim untergebracht sind. Ein Teil des Psychiatrischen Krankenhauses Wiesloch mit 200 Betten könnte als akademisches Krankenhaus herangezogen werden.

Da in der Bundesrepublik chronische Fälle in der Regel nicht Gegenstand wissenschaftlicher Forschung sind, würden im Modellinstitut zum ersten Mal für alle Kategorien psychisch Kranker sozialpsychiatrische Maßnahmen der Eingliederung auf wissenschaftlicher Basis bereitgehalten werden. Das Institut wäre demnach die erste in Lehre und Forschung vollständige Einrichtung. Zudem dient es der Funktionsfähigkeit des Instituts, das auf kurzfristige Behandlung und rasche Wiedereingliederung ausgerichtet ist, wenn es in der Lage ist, chronifizierende Fälle an ein gut ausgestattetes und gleichartig orientiertes Krankenhaus abzugeben, ohne sie aus dem Blick zu verlieren.

2. Der in der Arbeitsweise im Institut verankerte Grundsatz der Teambildung sollte auch in der Institutsleitung durchgehalten werden. Es wird deshalb empfohlen, daß die Abteilungsvorsteher ein gemeinsames Direktorium bilden, in dem die

übergeordneten Funktionen verteilt sind und unter den Beteiligten wechseln. An der Spitze sollte ein auf Zeit gewählter geschäftsführender Direktor stehen. Neben das Direktorium kann eine Institutskonferenz treten, an der auch nichtwissenschaftliches Personal verantwortlich beteiligt ist.

3. Man kann daher bei der Ermittlung der Zahlen für das erforderliche wissenschaftliche Personal von der in den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten (S. 83) genannten Verhältniszahl 1 : 7,5 von wissenschaftlichen Assistenten zu Betten ausgehen. Dementsprechend ist auf 7,5 Betten bzw. Behandlungsplätze eine Stelle für wissenschaftliches Personal erforderlich.

Abweichungen von diesem Schlüssel werden lediglich für die psychiatrische Nachtklinik und die Intensivtherapiestation vorgeschlagen. Für die psychiatrische Nachtklinik erscheint eine Relation von 1 : 15 ausreichend, da sich die Behandlung und Betreuung auf die Zeit zwischen 17 und 21 Uhr beschränkt. Dagegen ist in der Intensivtherapiestation, die einen sehr hohen Durchgang zu bewältigen hat und eine 24stündige besonders sorgfältige Überwachung der Patienten erfordert, eine Relation von 1 : 4 wünschenswert.

Ein Überblick über das erforderliche Personal ist im Anhang gegeben. Außer den Berechnungen für das wissenschaftliche Personal bei den klinischen Abteilungen sind Angaben über die erforderlichen Stellen im Bereich der Polikliniken und der Forschungsabteilungen sowie Angaben über das notwendige Personal der 1. Baustufe angefügt.

4. Es ist vorgesehen, das geplante Institut im dichtbesiedelten Altstadt kern der Stadt Mannheim zu errichten. Dieser Standort erscheint gut geeignet. Den neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen über die Therapie psychisch Kranker wird dadurch Rechnung getragen, daß das Institut in die soziale

Umwelt einbezogen und nicht in eine geographische und gesellschaftliche Randlage gedrängt wird. Der vorgesehene Standort ist auch unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten zu befürworten. Das Mannheimer Stadtgebiet, ein regionaler Ballungsraum mit Hafen- und Industriegebiet, ebenso wie aufgelockerten Wohnbereichen, verfügt über praktisch sämtliche Besiedlungsdichten und -formen und über nahezu umfassende soziologische Schichten. Unter dem Aspekt eines wissenschaftlichen Forschungsverbundes gibt die Strukturplanung der an Umweltpathologie, sozialer und psychologischer Medizin orientierten Arbeitsrichtung der II. Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg in Mannheim den Boden für eine breite interdisziplinäre Forschungskooperation, vor allem mit den Medizinischen Kliniken, der Kinderklinik und der Gynäkologischen Klinik.

5. Da das Schwergewicht des Instituts auf der Forschung liegen wird, muß eine enge organisatorische Verknüpfung mit der Universität gesichert sein. Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg hat versichert, es bestehe unabhängig von der Frage des Rechtsträgers Einverständnis darüber, daß das Institut im Rahmen des Klinikums Mannheim das Fach Psychiatrie in Forschung und Lehre allein und vollständig vertreten werde, aus diesem Grund sollten die Abteilungsleiter des Instituts Mitglieder der Fakultät sein. Die Satzung müßte dem Rechnung tragen.

Das Institut sollte im Hinblick auf seine praxisbezogene Aufgabenstellung als rechtlich selbständiges Institut errichtet werden. Hierfür spricht auch die Bereitschaft der Stadt Mannheim, sich an dem Vorhaben zu beteiligen. Als rechtlich selbständige Organisation könnte das Institut somit aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg, des Bundes und der Stadt Mannheim finanziert werden.

6. Die bisher vorgelegten Unterlagen für die Errichtung eines Modellinstituts, das in seinem ersten Bauabschnitt einen Hochbau und die Hälfte des daran angeschlossenen Flachbaus

umfaßt, bedürfen einer nochmaligen Überprüfung, und zwar sowohl hinsichtlich des erforderlichen Umfangs der Nutzfläche als auch hinsichtlich der Baukosten. Bei der Überprüfung der Nutzfläche wird das für das Institut benötigte Personal ebenso zu berücksichtigen sein, wie die Zahl der Betten bzw. Behandlungsplätze. Die vom Städtischen Hochbauamt Mannheim berechneten Baukosten sind mit 840,-DM/qm offensichtlich zu niedrig angesetzt.

Für den Endausbau bestehen noch keine abschließenden Überlegungen. Über die zu erwartenden fortdauernden Kosten sind einigermaßen präzise Schätzungen noch nicht möglich.

7. Ein 1. Bauabschnitt zur Unterbringung des Instituts sollte möglichst bald begonnen und beendet werden.

Der personelle Aufbau der Forschungs- und klinischen Abteilungen wird nur stufenweise zu verwirklichen sein. Er muß sich an der schwierigen Nachwuchslage orientieren, die bestimmt wird einerseits durch die erforderliche spezialisierte Ausbildung des auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie und psychotherapeutischen Techniken tätigen Personals, andererseits von der geringen Zahl psychiatrischer Ausbildungsstätten und deren im Verhältnis zum Bedarf zu niedrigen Ausbildungskapazität. Die Sozialpsychiatrische Klinik der Universität Heidelberg bemüht sich angesichts dieser Situation um die Ausbildung einer für die Bedürfnisse des Modellinstituts hinreichenden Zahl qualifizierten wissenschaftlichen Personals; sie vermittelt außerdem Ausbildungsplätze in der Bundesrepublik und im Ausland, so daß damit gerechnet werden kann, daß das Institut bei der Vollendung der ersten Ausbaustufe in der Lage sein wird, seinen Aufgaben zu genügen.

Die Errichtung des Modellinstituts wird dringend empfohlen. Seine Verwirklichung wird dazu beitragen, daß die Sozialpsychiatrie in der Bundesrepublik Anschluß an die inter-

nationale wissenschaftliche Entwicklung gewinnt. Als Modell eines modernen sozialpsychiatrischen Forschungskomplexes wird es die psychiatrische Forschung in der Bundesrepublik fördern und für die dringend notwendige Gesamtplanung auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung richtungweisend sein können.

Die Bezeichnung des Instituts sollte seinem Aufgabengebiet entsprechend neu überdacht werden. Hierbei sollte auch dem Modellcharakter für eine örtlich gebundene Einrichtung Rechnung getragen werden. Es sollte in Erwägung gezogen werden, das Institut "Zentralinstitut für psychische Gesundheit (Modellinstitut für Psychiatrie)" zu nennen.

A n h a n g

Wissenschaftliches, Pflege- und technisches Personal
(im Rahmen der 1. Baustufe des Modellinstituts)

I. Wissenschaftliches Personal

A. Klinische Abteilungen:

1. drei integrierte sozialpsychiatrische Abteilungen 21 Planstellen
2. eine kinder- und jugendpsychiatrische 6 Planstellen
3. Abteilung für Intensivtherapie 3 Planstellen

Klinische, stationäre und halbstationäre Einrichtungen

Zusammen: ----- 30 Planstellen

4. Poliklinik für Erwachsene 6 Planstellen
5. Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie 6 Planstellen
6. Psychosomatisches Konsultationsteam 3 Planstellen
7. Kinderpsychiatrisches Konsultationsteam 3 Planstellen

Zusammen: ----- 18 Planstellen

B. Forschungsabteilungen:

1. Forschungsstelle für Epidemiologie 6 Planstellen
2. Abteilung für Rehabilitationsforschung, Familienforschung und Krankenhaussoziologie 6 Planstellen
3. Arbeitsgruppe für Dokumentation und Biostatistik 3 Planstellen

Zusammen: ----- 15 Planstellen

Wissenschaftliches Personal (einschließlich wissenschaftliche Assistenten, Psychologen, Soziologen, Mathematiker)

Insgesamt: ----- 63 Planstellen

II. Medizinische Hilfskräfte

(Sozialarbeiterinnen, Beschäftigungs-
therapeutinnen, Lehrschwestern,
Krankengymnastinnen, Techniker,
medizinisch-technische Assisten-
tinnen, Röntgenassistentinnen,
EEG-Assistentinnen, Laborant,
Werkmeister)

Insgesamt: 35 Planstellen

III. Pflegepersonal

(Schwestern, Pfleger, Oberin,
Oberpfleger)

Insgesamt: 55 Planstellen

IV. Bürokräfte

(Systemanalytiker, Dokumentarinnen,
Programmierer, Locherinnen)

Insgesamt: 9 Planstellen