

Aus der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen
(Direktor: Prof. Dr. J. E. MEYER)

Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960

**Vergleichend-statistische Untersuchungen
an einer Universitätsnervenklinik und einem Nervenkrankenhaus***

Von

J. E. MEYER, G. SIMON und D. STILLE

Mit 7 Textabbildungen

(Eingegangen am 14. Juli 1964)

Die somatischen Behandlungsmethoden der endogenen Psychosen haben in der Gegenwart einen solchen Umfang angenommen, daß es wünschenswert erscheint, sich einen statistischen Überblick über die Entwicklung der letzten 30 Jahre zu verschaffen. Dies ist um so mehr notwendig, als keine Einigkeit darüber besteht, wieweit die unbezweifelbaren Fortschritte auf den somatischen Behandlungsmethoden selbst beruhen oder auf unspezifische, vor allem psychologische Faktoren zurückzuführen sind.

Wirksame somatische Behandlungsmethoden bei den endogenen Psychosen stehen der Psychiatrie erst seit der Entwicklung der Konvulsions- und der Insulinkomabehandlung zur Verfügung. Die Ära der ausschließlichen Verwendung dieser sogenannten Schockverfahren hat vor etwa einem Jahrzehnt mit der Einführung der Psychopharmaka ihr Ende gefunden. Die Elektroschockbehandlung ist durch die Psychopharmaka zwar nicht ersetzt, aber stark in den Hintergrund gedrängt worden. In noch größerem Umfang ist die Insulinkomabehandlung zurückgegangen. Unsere Untersuchung basiert auf dem Vergleich dieser beiden Abschnitte der Psychosentherapie mit einem Zeitraum vor der Einführung somatischer Behandlungsmethoden.

Die beiden wichtigsten Institutionen klinischer Psychiatrie in Deutschland sind die Psychiatrische *Universitätsklinik* und das Nervenkrankenhaus bzw. Landeskrankenhaus, die frühere *Heil- und Pflegeanstalt*. In der Universitätsklinik werden Patienten im allgemeinen nicht länger als mehrere Monate, niemals jedenfalls für die Dauer behandelt. Ist innerhalb eines recht variablen Zeitraums keine Besserung erreicht,

* Herrn Prof. W. SCHOLZ in Verehrung zum 75. Geburtstag gewidmet.

die eine Entlassung nach Hause gestattet, so muß der Patient in die Anstalt, das zugehörige Nervenkrankenhaus verlegt werden, welches zur Aufnahme aller aus einem bestimmten Bezirk stammenden Personen verpflichtet ist und sie eventuell lebenslang behandeln und pflegen muß. Eine statistische Untersuchung zur Frage der Therapie der endogenen Psychosen muß daher, wenn sie einigermaßen repräsentativ sein will, *gleichzeitig die Verhältnisse an einer Universitätsklinik und an einem Nervenkrankenhaus mit übereinstimmendem Einzugsgebiet studieren.*

Methodik

Unsere Untersuchungen wurden an der *Nervenklinik* der Universität München und an dem oberbayerischen *Nervenkrankenhaus* Haar bei München durchgeführt*. Das Einzugsgebiet des Nervenkrankenhauses deckt sich mit dem Regierungsbezirk Oberbayern, während das Einzugsgebiet der Nervenklinik nicht begrenzt ist. Es umfaßt bei beiden Häusern ländliche Gebiete, kleinere Städte und die Großstadt München.

Bettenzahlen

	<i>Nervenklinik**</i>	<i>Nervenkrankenhaus</i>
1930	250	2370
1950	400	3070
1960	250	3120

Ärztliches Personal (Stellenplan)

	<i>Nervenklinik</i>	<i>Nervenkrankenhaus</i>
1930	??	2 Oberärzte 12 Assistenten 4 Med. Ass.
1950	2 Oberärzte 17 Assistenten 5 Med. Ass.	1 Oberarzt 15 Assistenten 4 Med. Ass.
1960	5 Oberärzte 33 Assistenten 7 Med. Ass.	2 Oberärzte 30 Assistenten —

Unsere Untersuchungen beschränken sich auf den Formenkreis der Schizophrenie und auf die endogene Depression. Es darf angenommen werden, daß die diagnostische Einstellung in beiden Häusern in den vergangenen 3 Jahrzehnten keinen wesentlichen Wandel erfahren hat. Das gilt jedenfalls für die Nervenklinik unter ihren Direktoren O. BUMKE, G. STERTZ und K. KOLLE.

Als Vergleichsperioden wurden gewählt:

1. Die Jahre 1929/30/31, in denen noch keine wirksame Behandlung endogener Psychosen bekannt war.

* Herrn Professor K. KOLLE, dem Direktor der Nervenklinik, und Herrn Medizinaldirektor Dr. NADLER, dem Direktor des Nervenkrankenhauses, danken wir für die Erlaubnis zur Durchführung der Arbeit und zur Mitteilung der Ergebnisse.

** Etwa die Hälfte der Betten war und ist neurologischen Kranken vorbehalten.

2. Die Jahre 1949/50/51, in denen fast ausschließlich Konvulsions- und Insulinkomabehandlung zur Psychosentherapie verwendet wurden.

3. Die Jahre 1959/60/61, in denen sich die Pharmakotherapie endgültig durchgesetzt hatte.

Für die Wahl der Vergleichsperioden war weiterhin maßgeblich: Der erste Zeitabschnitt liegt relativ kurz vor der Einführung der Schockmethoden. Die Jahre des Nationalsozialismus waren, vor allem wegen der veränderten psychologischen Situation, auszuklammern. 1949 waren die größten Kriegs- und Nachkriegsschwierigkeiten im klinischen Betrieb überwunden.

Die *Auswahl des Untersuchungsmaterials* wurde in der Weise vorgenommen, daß in Klinik und Nervenkrankenhaus für jedes Jahr einer Vergleichsperiode jeweils die ersten 25 männlichen und 25 weiblichen schizophrenen Patienten, welche seit Jahresbeginn zur Aufnahme gelangten, also für jede Vergleichsperiode jeweils 150 Schizophrenien bearbeitet wurden. In der gleichen Weise wurde bei den endogenen Depressionen verfahren mit der Einschränkung, daß im Nervenkrankenhaus für die erste und — bei den männlichen Aufnahmen — auch für die zweite Vergleichsperiode nicht genügend Patienten im Laufe eines Jahres aufgenommen wurden. Insgesamt stützt sich unsere Untersuchung in der Nervenkl. auf je 450 Fälle von Schizophrenie und von endogener Depression, im Nervenkrankenhaus auf 450 Fälle von Schizophrenie und 368 Fälle von endogener Depression. Berücksichtigt wurden dabei nur solche Fälle, deren Diagnose hinlänglich gesichert schien, und nur solche Patienten, die sich mindestens 14 Tage in stationärer Behandlung befanden. Ausgeschlossen sind solche Fälle, bei denen die Behandlung gegen ärztlichen Rat vorzeitig abgebrochen wurde, und Gutachten-Patienten.

Ergebnisse

Tab.1. Die Aufnahmezahlen in der Nervenkl. und im Nervenkrankenhaus haben sich von der ersten bis zur dritten Vergleichsperiode einander stark angenähert, während um 1930 etwa fünfmal so viel Patienten in die Nervenkl. aufgenommen wurden als in das Nervenkrankenhaus. Die Aufnahmezahl korreliert nur in der Nervenkl. gut mit der Bettenzahl; im Nervenkrankenhaus dagegen hat sich die Bettenzahl im Laufe der 30 Jahre um 650 vermehrt, während die Aufnahmezahl von 1659 in der ersten auf 7784 in der letzten 3-Jahres-Periode angestiegen ist — Ausdruck der später zu besprechenden starken Erhöhung der Entlassungs- und Wiederaufnahmerate. Der Anteil der Schizophrenen an der Gesamtaufnahmezahl ist in beiden Häusern rückläufig, liegt aber im Nervenkrankenhaus stets um das Mehrfache höher als in der Nervenkl. Umgekehrt hat sich der Anteil der Depressiven in der Nervenkl. ständig erhöht und liegt in allen Vergleichsperioden, vor allem bei den Frauen, höher als im Nervenkrankenhaus.

Das Durchschnittsalter der Patienten bei der Aufnahme weist in der Nervenkl. keine wesentliche Veränderung auf. Es schwankte bei den Schizophrenen zwischen 31 und 33 Jahren, bei den Depressiven zwischen 44 (1949—1951) und 49 bzw. 50 in der ersten bzw. dritten Vergleichsperiode. Im Nervenkrankenhaus ist das Durchschnittsalter bei den

Schizophrenen von 33 über 36 auf 38 Jahre angestiegen und bei den Depressiven von 54 über 53 auf 56 Jahre.

Tabelle 1. Die Gesamtzahl der Aufnahmen und der Anteil schizophrener und depressiver Psychosen an den Gesamtaufnahmen während drei Vergleichsperioden in der Nervenklinik und im Nervenkrankenhaus

Nervenklinik	(1) Gesamtzahl der Aufnahmen		Schizophrenien % von (1)		Depressionen % von (1)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1929—1931	5069	3138	14,3	23,5	3,8	11,7
1949—1951	8526	7446	8,6	15,2	4,0	15,7
1959—1961	5470	4266	5,3	7,6	6,5	17,1

Nervenkrankenhaus	(1) Gesamtzahl der Aufnahmen		Schizophrenien % von (1)		Depressionen % von (1)	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
1929—1931	742	917	44,8	57,2	3,5	7,3
1949—1951	1942	2835	34,4	45,6	2,6	7,3
1959—1961	3549	4235	30,7	47,7	2,9	9,7

Tab.2. Der Rückgang der sogenannten Schockverfahren von der zweiten zur dritten Vergleichsperiode läßt sich am besten am Beispiel

Tabelle 2. Elektroschocktherapie in den Jahren 1949—1951 und 1959—1961

	Schizophrenien				Depressionen			
	Nervenklinik		Nervenkrankenhaus		Nervenklinik		Nervenkrankenhaus	
		durchschn. Zahl der Einzelbehandl.		durchschn. Zahl der Einzelbehandl.		durchschn. Zahl der Einzelbehandl.		durchschn. Zahl der Einzelbehandl.
1949—1951	78,7%	10	67,3%	17	87,3%	8	40,7%	9
1959—1961	32,7%	10	34,7%	6	38,0%	7	20,0%	6

der Elektroschockbehandlung demonstrieren, da der Umfang der aufwendigen Insulinkomabehandlung weitgehend von der Kapazität der dazu eingerichteten Station abhängig war. Es kommt hinzu, daß im Nervenkrankenhaus in der zweiten Vergleichsperiode auch 29% der endogen Depressiven einer großen Insulinkur unterzogen wurden, was in der Nervenklinik nur ganz ausnahmsweise der Fall war. Die Elektroschockbehandlung ist bei Schizophrenen wie Depressiven in der Nervenklinik um mehr als die Hälfte, im Nervenkrankenhaus um fast die Hälfte

zurückgegangen. Die wiederholt beschriebene Schock-sparende Wirkung der Pharmakotherapie ist im Nervenkrankenhaus, vor allem bei der Gruppe der Schizophrenen, sehr deutlich (Rückgang von 17 auf 6), nicht dagegen in der Nervenklinik, in der in beiden Vergleichsperioden eine geringere Zahl von Einzelbehandlungen durchgeführt wurde als im Nervenkrankenhaus.

Abb. 1 und 2 geben einen Überblick über die 1959—1961 in der Nervenklinik und im Nervenkrankenhaus geübte somatische Therapie bei Schizophrenen und Depressiven. Sie zeigt hinsichtlich der Schizophrenen keine wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Häusern. Bei den Depressiven liegt der Anteil der nur

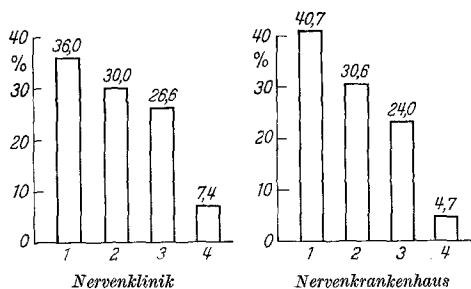


Abb. 1

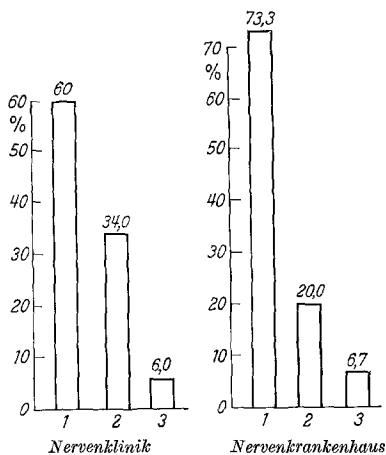


Abb. 2

Abb. 1. Die somatische Behandlung der *Schizophrenen* 1959—1961. 1 Pharmakotherapie; 2 Pharmakotherapie + Elektroschockbehandlung; 3 Insulinkomabehandlung + Elektroschockbehandlung, zum Teil auch Pharmakotherapie; 4 andere oder ungenügende Behandlung

Abb. 2. Die somatische Behandlung der *endogenen Depressionen* 1959—1961. 1 Pharmakotherapie; 2 Pharmakotherapie + Elektroschockbehandlung; 3 andere und ungenügende Behandlung

medikamentös behandelten Fälle im Nervenkrankenhaus höher als in der Nervenklinik. Insgesamt erhielten in der Nervenklinik 92,6% der Schizophrenen und 94% der Depressiven ausschließlich oder in Kombination mit Schockverfahren eine Pharmakotherapie, im Nervenkrankenhaus waren es 95,3% der Schizophrenen und 93,3% der Depressiven.

In der zweiten Vergleichsperiode wurden mit Insulinkur, Elektroschock oder mit einer Kombination von beiden behandelt:

In der Nervenklinik

96,1% der Schizophrenen

87,3% der Depressiven

Im Nervenkrankenhaus

82,0% der Schizophrenen

69,8% der Depressiven

Es ergibt sich also, daß im Nervenkrankenhaus die Zahl der aktiv und intensiv behandelten Fälle von der zweiten zur dritten Vergleichsperiode deutlich zugenommen hat, während dies in der Nervenklinik nur bei den Depressiven der Fall war.

Tab.3. Die Verweildauer eines Patienten wird oft als ein wertvolles Kriterium für den Behandlungserfolg angesehen. Tatsächlich können aber bei chronischen und rezidivierenden Leiden ganz andere Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung sein. Zu denken ist an die Bettennot, an eine wie auch immer motivierte Tendenz zur Frühentlassung, an den Optimismus oder die resignierte Haltung des Therapeuten. Für die Verweildauer in der Nervenklinik ist noch zu bedenken, daß in jedem Fall nach einer gewissen Zeit die Alternative: Verlegung in das Nervenkrankenhaus oder Entlassung nach Hause auftaucht. In beiden Häusern verminderte sich die durchschnittliche Verweildauer im Laufe der letzten 30 Jahre erheblich: bei den Depressiven in der Nervenklinik um

Tabelle 3

Durchschnittliche Verweildauer in der Nervenklinik und im Nervenkrankenhaus
(Angabe in: Jahre; Monate; Tage)

	Schizophrenen		Depressionen	
	Nerven- klinik	Nerven- krankenhaus	Nerven- klinik	Nerven- krankenhaus
1929—1931	0; 1; 27	3; 10; 3	0; 2; 7	2; 2; 17
1949—1951	0; 1; 20	0; 11; 23	0; 1; 5	0; 7; 1
1959—1961	0; 2; 5	0; 3; 23	0; 1; 15	0; 3; 0

3 Wochen, im Nervenkrankenhaus auf weniger als ein Achtel; bei den Schizophrenen im Nervenkrankenhaus auf ein Zehntel der ursprünglichen Verweildauer von fast 4 Jahren, während in der Nervenklinik zwischen der ersten und zweiten Periode kein Unterschied zu finden ist und in der dritten Periode sogar beinahe eine Verdoppelung der Verweildauer eingetreten ist. Letzteres muß dahingehend interpretiert werden, daß die behandelnden Ärzte es nunmehr für sinnvoll hielten, auch schizophrene Patienten möglichst lange zu behandeln. Dem entspricht, daß die Zahl der bei Schizophrenen angewandten Einzelbehandlungen mit Elektroschock trotz der Einführung der Psychopharmaka nicht zurückgegangen ist (siehe Tab.2.)

Zu Abb.3 und 4

Im Bemühen um eine objektive Erfassung der Behandlungserfolge sind wir folgendermaßen vorgegangen: Als „gut gebessert“ wurden diejenigen Fälle bezeichnet, die nach Epikrise oder Arztbrief bei der Entlassung frei von Symptomen waren und in den letzten Wochen vor der Entlassung keinen Rückfall durchgemacht hatten. Als „ungebessert entlassen“ bezeichneten wir diejenigen Patienten, deren Krankheitszustand bei der Entlassung nach Hause oder in ein Pflegeheim keine nennenswerte Besserung gegenüber dem Aufnahmebefund erkennen ließen. In Parallele zu den Patienten der Klinik, die als „ungebessert in ein Nervenkrankenhaus verlegt“ bezeichnet sind, wurde für das Krankengut des Nervenkrankenhauses eine Gruppe „ungebessert im Nervenkrankenhaus verblieb-

ben“ gebildet, die jene Kranken umfaßt, welche nach Ablauf eines Jahres noch nicht entlassen werden konnten. Wenn wir das im Nervenkrankenhaus unter Umständen nach Jahren erzielte Therapieresultat den kurzfristig erreichten Behandlungserfolgen an die Seite gestellt hätten, wäre ein Vergleich zwischen Nervenklinik und Nervenkrankenhaus nicht möglich. Wir wählten die vielleicht etwas

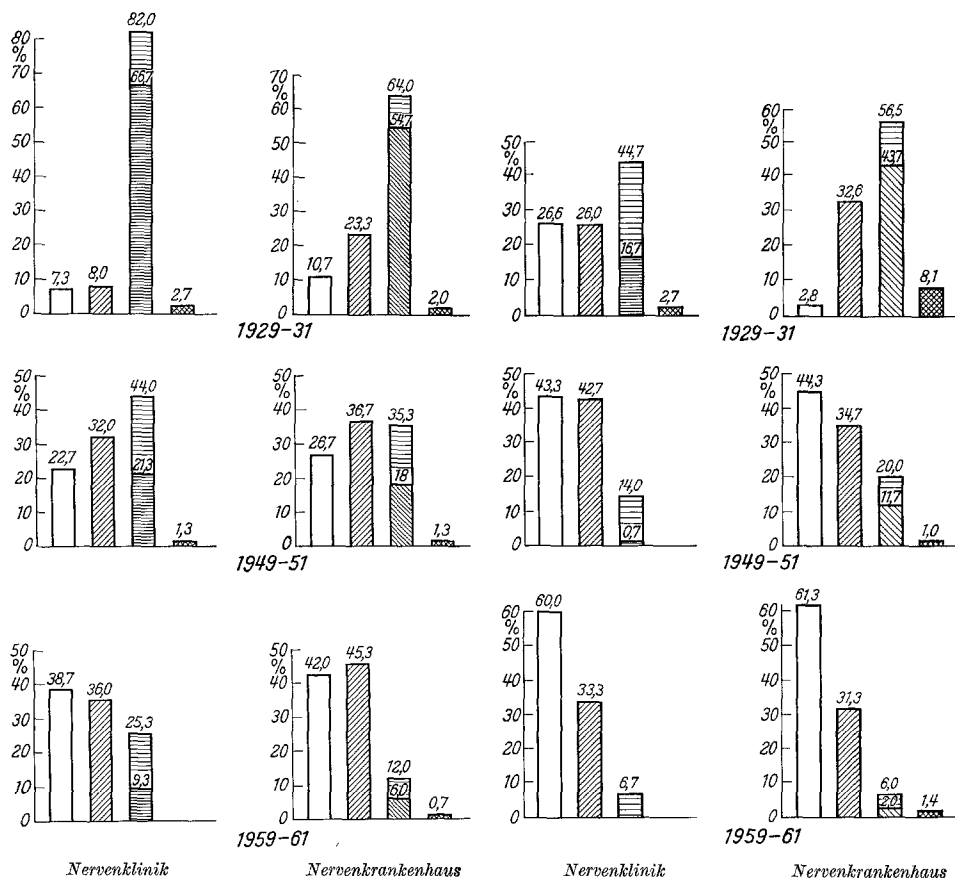


Abb. 3. Behandlungsergebnisse bei Schizophrenien in den drei Vergleichsperioden. □ gut gebessert entlassen; ▨ leicht gebessert entlassen; ▩ ungebessert entlassen; ▪ ungebessert in ein Nervenkrankenhaus verlegt; ▫ ungebessert im Nervenkrankenhaus verblieben; ▬ Todesfälle

Abb. 4. Behandlungsergebnisse bei endogenen Depressionen in den drei Vergleichsperioden. □ gut gebessert entlassen; ▨ leicht gebessert entlassen; ▩ ungebessert entlassen; ▪ ungebessert in ein Nervenkrankenhaus verlegt; ▫ ungebessert im Nervenkrankenhaus verblieben; ▬ Todesfälle

lange Zeitdauer von 1 Jahr, weil im Nervenkrankenhaus während der zweiten Vergleichsperiode viele Patienten relativ lange warten mußten, bis auf der Insulinstation ein Bett für sie frei wurde. Alle Kranken, die weder gut gebessert noch ungebessert waren oder verstarben, wurden als „leicht gebessert“ bezeichnet.

Besonders eindrucksvoll ist der Rückgang der Todesfälle in beiden Häusern und die Abnahme der Verlegungen von der Nervenklinik in das

Nervenkrankenhaus. Dementsprechend ist im Nervenkrankenhaus die Zahl derjenigen, die „ungebessert im Nervenkrankenhaus verblieben“, stark zurückgegangen. Im ganzen genommen finden wir in der Nervenklinik bei den Schizophrenen in der ersten und noch in der zweiten Vergleichsperiode den höchsten Prozentsatz bei der Gruppe der ungebesserten Kranken. Bei den Depressiven kehrt sich das Verhältnis zwischen

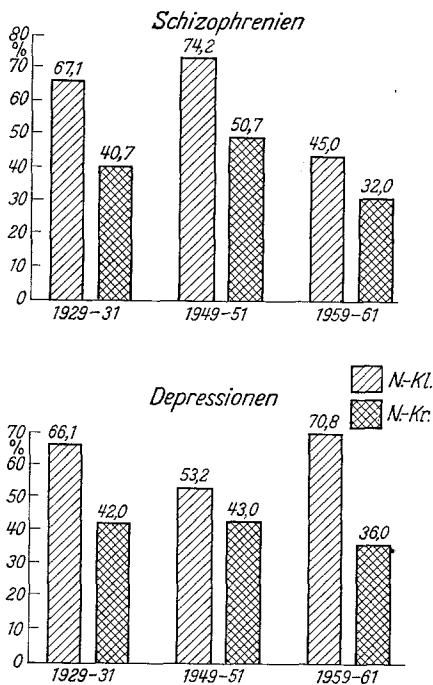


Abb. 5. Anteil der Erstaufnahme in den drei Vergleichsperioden. Vergleich zwischen Nervenklinik (N.-Kl.) und Nervenkrankenhaus (N.-Kr.)

Gebesserten und Ungebesserten schon in der zweiten Vergleichsperiode um, wobei sich zu diesem Zeitpunkt gut und leicht gebesserte Fälle noch die Waage halten, bis in der dritten Periode die gut Gebesserten fast doppelt so häufig sind wie die leicht Gebesserten — in deutlichem Unterschied zu den Schizophrenen der jüngsten Vergleichsperiode, bei denen die gut Gebesserten nur um ein geringes die leicht Gebesserten übertreffen. Im Nervenkrankenhaus ist, was die Schizophrenen anbetrifft, in der ersten Vergleichsperiode die Gruppe der leicht Gebesserten doppelt so groß wie die der gut Gebesserten und beträgt wenig mehr als ein Drittel der Ungebesserten. In der zweiten Vergleichsperiode sind die Unterschiede zwischen den 3 Gruppen nicht mehr erheblich, doch

liegen die gut Gebesserten annähernd 10% unter den beiden anderen Gruppen. In der dritten Vergleichsperiode ist der Anteil der gut und leicht Gebesserten jeweils um mehr als 10% gestiegen, während die Ungebesserten noch ein Viertel der leicht bzw. der gut Gebesserten ausmachen. Bei den depressiven Patienten des Nervenkrankenhauses sind die Verschiebungen besonders auffallend: die in Richtung auf die Ungebesserten ansteigende Kurve hat sich bereits in der zweiten Vergleichsperiode umgekehrt. In der dritten Vergleichsperiode ist der Abfall von den gut Gebesserten bis zu den Ungebesserten noch ausgesprochener: die leicht Gebesserten machen nur noch die Hälfte, die Ungebesserten ein Zehntel der gut Gebesserten aus.

Abb. 5 zeigt, daß die eben besprochene Verbesserung der therapeutischen Sofortergebnisse nicht auf das Überwiegen erstmals aufgenommenen Fälle zurückgeführt werden kann. Ihr Prozentsatz liegt im Nervenkrankenhaus für schizophrene Psychosen und Depressionen in der jüngsten Vergleichsperiode sogar am niedrigsten. In der Nervenklinik lag der

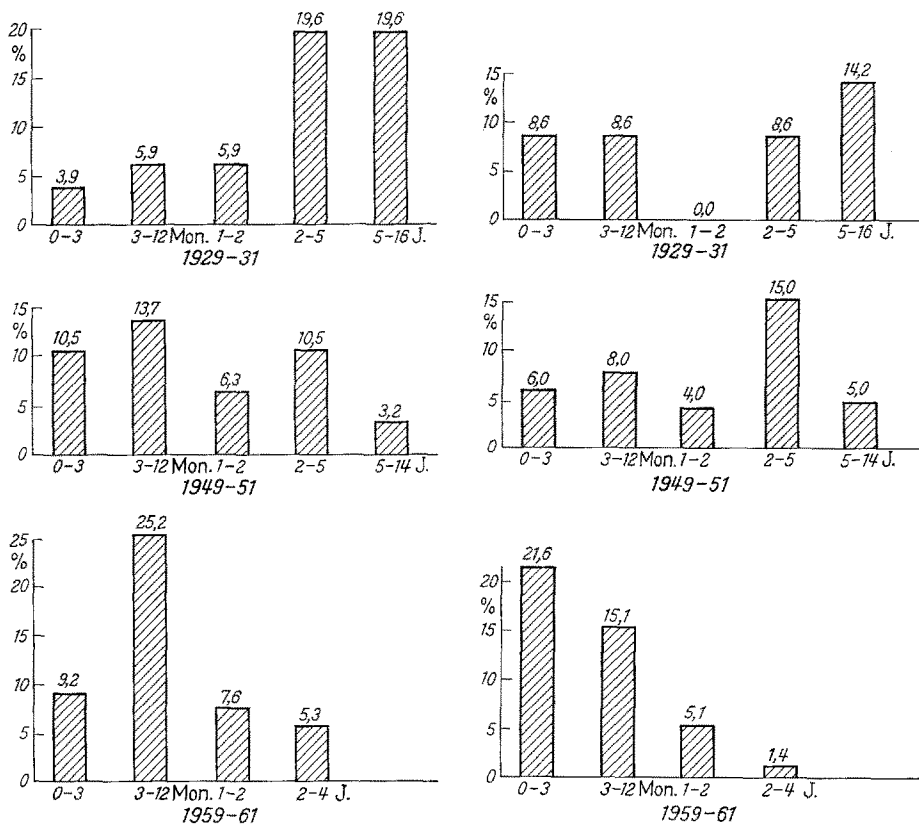


Abb. 6

Abb. 7

Abb. 6. Verteilung des zeitlichen Abstandes zwischen Entlassung und Wiederaufnahme bei den gut und leicht gebessert entlassenen *Schizophrenen* des Nervenkrankenhauses

Abb. 7. Verteilung des zeitlichen Abstandes zwischen Entlassung und Wiederaufnahme bei den gut und leicht gebessert entlassenen *endogenen Depressionen* des Nervenkrankenhauses

Prozentsatz an Erstaufnahmen bei den schizophrenen Psychosen in der jüngsten Vergleichsperiode erheblich unter dem von 1929—1931; bei den Depressiven mit ihrer deutlichen Verbesserung der Behandlungsergebnisse von der ersten zur zweiten Vergleichsperiode fiel der Prozentsatz an Erstaufnahmen in diesem Zeitraum um 13%, stieg danach allerdings wieder erheblich an. Der Anteil der Erstaufnahmen korreliert demnach

nicht mit den Behandlungsergebnissen, aber auch nicht eindeutig mit den Wiederaufnahmen.

Abb. 6 und 7. Die Zahlen über den zeitlichen Abstand bis zur Wiederaufnahme im Nervenkrankenhaus berücksichtigen nur diejenigen Patienten, die gut oder leicht gebessert entlassen wurden. In der letzten Vergleichsperiode ist die Zahl derjenigen Patienten, deren Wiederaufnahme nach mehr als 2—4 Jahren erfolgt ist bzw. erfolgen wird, unbekannt. Die Frage, ob die Spätrezidive seit der Einführung der Psychopharmaka zurückgegangen sind, muß daher unbeantwortet bleiben. Zahlen über Wiederaufnahmen in der Nervenklinik stehen nicht zur Verfügung.

Deutlich erkennbar ist, daß in der ersten Vergleichsperiode die Spätwiederaufnahmen (mehr als 2 Jahre nach der Erstaufnahme) überwiegen, bei der dritten Vergleichsperiode die Frühwiederaufnahmen. Dies gilt sowohl für depressive wie für schizophrene Patienten, wobei der Gipfel der Frühwiederaufnahmen bei den Depressiven in den ersten 3 Monaten nach der Entlassung, bei den Schizophrenen zwischen 3 und 12 Monaten liegt. In der zweiten Vergleichsperiode verteilen sich die zeitlichen Abstände zwischen Entlassung und Wiederaufnahme gleichmäßiger, doch ist zu diesem Zeitpunkt bei den Depressionen (schon) eine Tendenz zur Frühwiederaufnahme und bei den Schizophrenen (noch) zur Spätwiederaufnahme erkennbar.

Diskussion

Die vorliegende Untersuchung unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von früheren Untersuchungen über die Wirksamkeit moderner Behandlungsmethoden bei psychischen Erkrankungen. Sie beschränkt sich auf die beiden häufigsten endogenen Psychosen, die Schizophrenie und die endogene Depression. Sie verwertet nur 3-Jahres-Perioden, umfaßt dafür einen Zeitraum von 30 Jahren. Sie stammt aus einer Universitätsnervenklinik und einem Nervenkrankenhaus mit einem ähnlichen Aufnahmegebiet.

Den ersten Bericht über den Wandel der Situation in den psychiatrischen Krankenhäusern der Gegenwart verdanken wir BRILL u. PATTON². Während die Zahl aller stationären psychiatrischen Patienten in den USA von 144000 im Jahre 1900 — mit einer jährlichen Zuwachsrate von 6000—8000 — auf 559000 im Jahre 1955 angestiegen war, verminderte sich dieser Wert bis 1961 auf 529000. In den von BRILL u. PATTON³ genauer analysierten Anstalten des Staates New York waren 1955 fast 5000 Kranke mit endogenen Psychosen mehr untergebracht als 1950, 1960 dagegen fast 4000 weniger als 1955. 1955 konnten 56% aller Patienten in den Staatsanstalten nach 6 Monaten noch nicht entlassen werden, 1959 waren es nur noch 30%. Auch in England und Wales

begann mit dem Jahre 1955 die Zahl der stationären Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern abzunehmen. Ende 1959 waren es 15000 weniger als Ende 1954^{4,14}.

Demgegenüber beobachtete ØDEGAARD⁹⁻¹¹ bei seinen Untersuchungen über die Erstaufnahmen in allen psychiatrischen Krankenhäusern Norwegens zwischen 1929—1935 und 1936—1945 und über die männlichen Erstaufnahmen zwischen 1948—1952 und 1955—1959, daß durch die sogenannten Schockverfahren eine wesentliche Verbesserung der Entlassungsrate erzielt wurde, während die Einführung der Psychopharmaka keine nennenswerte weitere Verbesserung mit sich brachte¹².

Unsere Resultate, soweit sie sich auf die *Sofortergebnisse* (bei der Entlassung) beziehen, zeigen im ganzen folgendes: Bei den endogenen Depressionen erfolgt der entscheidende Umschwung (Überwiegen der gut und der leicht Gebesserten gegenüber den Ungebesserten) schon in der zweiten Vergleichsperiode, d. h. mit der Einführung der sogenannten Schockverfahren, während dieser Umschwung bei den Schizophrenien erst in der dritten Vergleichsperiode, d. h. mit der Einführung der Psychopharmaka erfolgt ist⁸. Das entspricht der klinischen Erfahrung von der Wirksamkeit des Elektroschocks bei der endogenen Depression und von der geringen Beeinflußbarkeit der Schizophrenie durch die Insulinkomabehandlung. Um die großen Differenzen zwischen den amerikanischen und den norwegischen Resultaten zu verstehen, muß man sich vor Augen halten, daß die sogenannten Schockverfahren in den USA nur in sehr geringem Umfang angewandt worden sind: als 1955 27,90% aller Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern des Staates New York mit Psychopharmaka behandelt wurden, bedeutete das eine Zunahme der Anwendung somatischer Behandlungsmethoden um nicht weniger als 2500%.

Bei beiden Psychosen wird eine deutliche Verbesserung der Sofortergebnisse sowohl in der zweiten als auch in der dritten Vergleichsperiode sichtbar. Für die Beurteilung der Wirksamkeit der Pharmakotherapie ist noch zu bedenken, daß sich die Sofortergebnisse in der dritten Vergleichsperiode weiter verbesserten, während der Prozentsatz der mit Elektroschock behandelten Patienten zwischen 1949—1951 und 1959—1961 in beiden Häusern auf die Hälfte zurückging. Das ist für die endogenen Depressionen besonders bemerkenswert: Obwohl sich der Prozentsatz der mit Elektroschock behandelten Kranken halbierte, waren fast 200% mehr „gut gebessert“ und nur noch halb soviel „ungebessert“ wie in der zweiten Vergleichsperiode.

In Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Autoren^{1,4,7} stiegen die Aufnahmehzahlen beträchtlich. Andererseits hat sich die Zahl der kurzfristigen Wiederaufnahmen erhöht. Diese Zunahme der Wiederaufnahmen, die sich auch in dem Schlagwort von der „Drehtürpsych-

iatrie“ widerspiegelt, war in den Untersuchungen von AUCH nicht, in der von ØDEGAARD nur eben signifikant. Ob damit eine Verminderung der Spätwiederaufnahmen verbunden ist, läßt sich an unserem Krankengut gegenwärtig noch nicht ablesen. Mit der Zunahme der kurzfristigen Wiederaufnahmen hängt im übrigen die relativ ungünstige Entlassungsrate der Kranken von ØDEGAARD aus den jüngsten von ihm untersuchten Jahrgängen zusammen; denn ØDEGAARD bewertete nur diejenigen als „entlassen“, die nicht im Laufe eines Jahres wiederaufgenommen wurden. Beachtlich ist ferner die erhebliche *Verkürzung der Verweildauer der Schizophrenen* im Nervenkrankenhaus und der depressiven Patienten in beiden Häusern. — Die ebenfalls in beiden Häusern beobachtete deutliche Abnahme der Schizophrenen und geringe Zunahme der endogen Depressiven entspricht recht genau den Veränderungen an allen dänischen psychiatrischen Krankenhäusern zwischen 1957 und 1962⁵.

Fragt man nach den Ursachen dieser eindrucksvollen Verbesserung der klinischen Behandlungsergebnisse während der letzten 30 Jahre, so sind neben der unmittelbaren Wirkung der angewandten Behandlungsmethoden noch andere, vor allem psychologische Faktoren zu berücksichtigen. SHEPHERD ist der Ansicht, daß die entscheidende Ursache in administrativen Veränderungen zu suchen sei. Diese dürften für die von uns untersuchten Patienten der Nervenlinik und des Nervenkrankenhauses von ganz untergeordneter Bedeutung sein; denn die administrative Situation hat sich, was die drei hier untersuchten Vergleichsperioden anbelangt, kaum geändert. LINN betonte den Einfluß des therapeutischen Optimismus der modernen Psychiatrie seit der Einführung der „drugs“, nachdem er zeigen konnte, daß dadurch auch bei den *nicht* mit Psychopharmaka behandelten Patienten die Entlassungsrate sprunghaft angestiegen ist. Es ist kein Zweifel, daß der therapeutische Optimismus, der heute die Mehrzahl der klinischen Psychiater beherrscht, die *Bereitschaft zur Frühentlassung* in beträchtlichem Umfang stimuliert. Andererseits fällt unsere zweite Vergleichsperiode in eine Zeit, in welcher viel eher von therapeutischer *Resignation* gesprochen werden muß; denn um 1950 stand man ganz unter dem Eindruck, daß die Möglichkeit der Schockmethoden praktisch erschöpft waren, d. h. daß eine nennenswerte Verbesserung der Behandlungsergebnisse mit diesen Methoden nicht mehr zu erwarten war.

Zu den unspezifischen Faktoren, die bei dem Wandel der Verhältnisse an den beiden von uns untersuchten Krankenhäusern dagegen unbedingt zu berücksichtigen sind, gehören die Vermehrung *des ärztlichen Personals und die Milieuthérapie*. Dabei ist bemerkenswert, daß beides erst zwischen der zweiten und der dritten Vergleichsperiode bedeutsam geworden ist. Von 1950—1960 hat sich die Zahl der Ärzte an Nervenlinik und Nervenkrankenhaus beinahe verdoppelt, während

im Nervenkrankenhaus in den vorhergehenden 20 Jahren nur 3 Assistentenstellen hinzugekommen sind. Eine Arbeitstherapie gab es in der Nervenklinik praktisch niemals, im Nervenkrankenhaus dagegen bereits während der ersten Vergleichsperiode in vollem Umfang. Beschäftigungstherapie, Heilgymnastik und Gruppentherapie sind an beiden Häusern erst zwischen der zweiten und der dritten Vergleichsperiode eingeführt worden. Der therapeutische Fortschritt zwischen 1930 und 1950 kann daher auf diese unspezifischen Faktoren nicht zurückgeführt werden und ebensowenig, wie oben erläutert, auf einen besonderen therapeutischen Optimismus zu dieser Zeit. Diese Tatsachen sollten vor einer Überschätzung der unspezifischen Faktoren warnen; sie stützen die Auffassung von BRILL u. PATTON, wonach die Erfolge der Pharmakotherapie nicht durch eine „Liberalisierung“ der psychiatrischen Krankenhäuser gewissermaßen vorgetäuscht sind, sondern diese erst ermöglicht haben.

Bei einem Vergleich der Ergebnisse in der Nervenklinik und im Nervenkrankenhaus läßt sich feststellen: Der vor 30 Jahren vorhandene Unterschied in der jährlichen Aufnahme rate besteht kaum mehr. Im Nervenkrankenhaus hat sich der Prozentsatz der aktiv und intensiv behandelten Kranken von der zweiten zur dritten Periode stärker erhöht als in der Nervenklinik, während die Abnahme im Gebrauch des Elektroschocks an beiden Häusern dieselbe ist. Eine schocksparende Wirkung der Psychopharmaka ist nur im Nervenkrankenhaus erkennbar. Eine Verkürzung der Verweildauer ist bei Schizophrenen nur im Nervenkrankenhaus eingetreten, bei Depressiven ist sie im Nervenkrankenhaus viel deutlicher als in der Klinik. Auch bei den Behandlungsergebnissen sind die Veränderungen im Nervenkrankenhaus noch etwas größer als in der Klinik. — Im ganzen genommen zeigt das Nervenkrankenhaus die größeren Fortschritte gegenüber der Zeit vor 30 Jahren; die früher so beträchtlichen Differenzen zwischen Nervenklinik und Nervenkrankenhaus in der Struktur, im Krankengut, in der therapeutischen Aktivität und in den Resultaten sind zunehmend geringer geworden.

Zusammenfassung

Aus einer Universitätsklinik und einem Nervenkrankenhaus mit entsprechendem Einzugsgebiet wurden je 450 Schizophrene und 450 bzw. 368 endogen Depressive hinsichtlich Verweildauer, Alter, Behandlungsart, Erst- und Wiederaufnahmen sowie Sofortergebnissen untersucht. Verglichen wurden zwischen den Jahren 1929—1931, 1949—1951 und 1959—1961, also vor der Einführung der sogenannten Schockverfahren, während der ausschließlichen Verwendung der Schockverfahren und nach Einführung der Pharmakotherapie.

Ergebnisse

1. Die Zahl der Gesamtaufnahmen ist erheblich angestiegen, wobei der Prozentsatz an Schizophrenen rückläufig war, während der Anteil der Depressiven etwas zugenommen hat.

2. Die durchschnittliche Verweildauer für Depressive hat in beiden Häusern erheblich abgenommen: in der Nervenklinik innerhalb der 3 Jahrzehnte um 3 Wochen, im Nervenkrankenhaus um fast 2 Jahre. Die Verweildauer der Schizophrenen im Nervenkrankenhaus verkürzte sich im gleichen Zeitraum um $3\frac{1}{2}$ Jahre.

3. Ebenso eindrucksvoll ist die Verbesserung der Sofortergebnisse, wobei der entscheidende Fortschritt bei der endogenen Depression schon in der zweiten Vergleichsperiode, d. h. mit der Einführung der sogenannten Schockverfahren erfolgte. Bei den Schizophrenen ist die Verbesserung von der ersten zur zweiten und von der zweiten zur dritten Vergleichsperiode etwa gleich groß. Besondere Beachtung verdient der Rückgang der von der Nervenklinik ungebessert in das Nervenkrankenhaus verlegten schizophrenen Patienten von 66,7% über 21,3% auf 9,3% in der dritten Vergleichsperiode. Dem entspricht, daß im Nervenkrankenhaus der Prozentsatz der ungebessert im Nervenkrankenhaus verbliebenen Schizophrenen von 54,7% über 18% auf 6% zurückgegangen ist.

4. Während die Verbesserung der Sofortergebnisse mit dem Prozentsatz der Erstaufnahmen nicht korreliert, ist in der dritten Vergleichsperiode das Ansteigen der Frühwiederaufnahmen — bei der endogenen Depression in den ersten 3 Monaten, bei der Schizophrenie zwischen 3 und 12 Monaten nach Entlassung — deutlich. Ob sich zugleich die Zahl der Spätwiederaufnahmen verändert, kann zur Zeit noch nicht gesagt werden.

5. Der Anteil der aktiv und intensiv behandelten Patienten hat von der zweiten zur dritten Vergleichsperiode zugenommen, während der Prozentsatz der mit Elektroschock behandelten Patienten um etwa die Hälfte zurückgegangen ist.

Die Ergebnisse werden mit methodisch ähnlichen Untersuchungen vor allem aus den USA und Norwegen verglichen. Es wird eingehend diskutiert, wieweit der Fortschritt in der klinischen Behandlung der endogenen Psychosen auf unspezifische Faktoren zurückzuführen ist. Die eigenen Untersuchungen sprechen dafür, daß die moderne somatische Psychosentherapie die „Liberalisierung“ des psychiatrischen Krankenhauses der Gegenwart in vieler Hinsicht erst ermöglicht hat. Der Tatsache, daß sich im Laufe der vergangenen 30 Jahre die Unterschiede zwischen Universitätsklinik und Nervenkrankenhaus sehr vermindert haben, wird besonderes Gewicht beigemessen.

Literatur

- ¹ AUCH, W.: Beeinflußt die Psychopharmakotherapie die Aufnahmeentwicklung, die stationäre Behandlungsdauer und den Verlauf endogener Psychosen? Fortschr. Neurol. Psychiat. **31**, 548 (1963).
- ² BRILL, H., and R. E. PATTON: Analysis of population reduction in New York State Mental Hospitals during the first four years of large-scale therapy with psychotropic drugs. Amer. J. Psychiat. **116**, 495 (1959).
- ³ — — Clinical-statistical analysis of population changes in New York State Mental Hospitals since introduction of psychotropic drugs. Amer. J. Psychiat. **119**, 20 (1962).
- ⁴ BROWN, G. W., C. M. PARKES, and J. K. WING: Admissions and readmissions to three London Mental Hospitals. J. ment. Sci. **107**, 1070 (1961).
- ⁵ JUEL-NIELSEN, N., and E. STRÖMGREN: Five years later. A comparison between Census Studies of patients in Psychiatric Institutions in Denmark in 1957 and 1962. Acta jutland., Med. Ser. 13, Vol. **35**, Nr. 1 (1963).
- ⁶ LINN, E. L.: Drug therapy, Milieu change, and release from a mental hospital. Arch. Neurol. (Chic.) **81**, 785 (1959).
- ⁷ MEYER, H. H., u. R. BÖTTINGER: Klinisch-statistischer Bericht über das Krankengut der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg 1946—1954. Arch. Psychiat. Nervenkr. **194**, 4 (1957).
- ⁸ MEYER, J. E., and D. STILLE: Clinical-statistical analysis of the treatment of schizophrenia and endogenous depression: a comparison between 1930, 1950 and 1960. II. Intern. Conf. Manfred Sakel-Foundation 1962.
- ⁹ ØDEGAARD, O.: Current studies of incidence and prevalence of hospitalized mental patients in Scandinavia. In: HOCH and ZUBIN (ed.), Comparative epidemiology of the mental disorders. New York: Grune and Stratton 1961.
- ¹⁰ — The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: E. ROTHLIN (ed.), Neuro-Psychopharmacology, Vol. 2. Amsterdam-London-New York-Princeton: Elsevier 1961.
- ¹¹ — Pattern of discharge and readmission in psychiatric hospitals in Norway, 1926 to 1955. Mental Hyg. (N.Y.) **45**, 184 (1961).
- ¹² — Pattern of discharge from Norwegian psychiatric hospitals before and after the introduction of the psychotropic drugs. Amer. J. Psychiat. **120**, 772 (1964).
- ¹³ SHEPHERD, M.: The influence of specific and non-specific factors on the clinical effects of psychotropic drugs. In: E. ROTHLIN (ed.), Neuro-Psychopharmacology. Amsterdam, London, New York, Princeton: Elsevier 1961.
- ¹⁴ — N. GOODMAN, and D. C. WATT: The application of hospital statistics in the evaluation of pharmacotherapy in a psychiatric population. Comprehens. Psychiat. **2**, 11 (1961).

Prof. Dr. J. E. MEYER,
Psychiatrische Klinik der Universität, 34 Göttingen, v. Sieboldstr. 5