

# Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen\*

## II. Daten aus der Zeit der Dauerunterbringung

WOLFGANG HARTMANN

Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen (Direktor: Prof. Dr. J.-E. Meyer)

Eingegangen am 10. September 1971

### Investigations of Schizophrenics after Extended Hospitalization

#### II. Data from the Long Hospitalization

*Summary.* All schizophrenic patients in 6 mental hospitals of Niedersachsen, admitted between 1. 1. 1957 and 15. 10. 1959 and still hospitalized at the 15. 10. 1964 were registered. From the hospital records and the nurse reports particulars about behaviour (work performance, contact, nursing problems and special events), psychiatric statement, kind of treatment and development of illness were extracted.

The social behaviour of patients with delusions and hallucinations—these symptoms dominated in most cases—was less disturbed than that of the other patients. The lengthy hospitalization seemed to be initiated by acute manifestations for catatonics, by social consequences of the illness for hebephrenics and by the symptoms themselves for patients with delusions and hallucinations.

Patients with a long uninterrupted term of hospitalization showed less inclination to take part in productive activity than those, also long-term, who had been readmitted.

Aggressive behaviour occurred more often inside the hospital, than before admission, which is probably a consequence of the special living conditions in mental hospitals.

During the first year after admission one third of all patients had not received any somatic treatment; this is explained by restricted finances of the hospital, by a selection of treatment for patients with favourable prognosis or by resignative therapeutical attitudes.

*Key words:* Schizophrenics — Longtime Hospitalization — Behaviour Characteristics — Somatic Treatment.

*Zusammenfassung.* Den Krankengeschichten und Pflegeberichten aller zwischen dem 1. 1. 1957 und 15. 10. 1959 aufgenommenen und bis zum 15. 10. 1964 nicht wieder entlassenen Schizophrenen aus sechs niedersächsischen Landeskrankenhäusern wurden Angaben über Verhalten (Arbeit, Kontakt, Pflegebedürftigkeit und besondere Vorkommnisse), psychiatrische Befunde, Verlauf und Behandlung während der Dauerunterbringung entnommen.

In Korrelationen zwischen Verhaltensmerkmalen und psychiatrischen Symptomen zeigte sich, daß Kranke mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik deutlich weniger gestört waren. Insgesamt kamen wir zu dem Schluß, daß bei katatonen Symptomatik vorwiegend akute Manifestationen, bei hebephrener die sozialen

\* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Folgen der Krankheit und bei paranoid-halluzinatorischer — die bei etwa der Hälfte der Kranken bestand — die Symptome selbst die Entscheidung zur Dauerunterbringung mitbestimmt haben.

Kranke, die bei ihrer ersten Aufnahme nicht wieder entlassen worden waren, hatten häufiger als bei einer späteren Aufnahme Daueruntergebrachte *nicht* an den Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten des Landeskrankenhauses teilgenommen.

Das häufige aggressive Verhalten im Landeskrankenhaus korrelierte nicht hoch mit Aggressivität vor der Aufnahme und läßt sich weitgehend auf die Bedingungen der Hospitalisierung zurückführen.

Ein Drittel der Kranken wurde im ersten Unterbringungsjahr überhaupt nicht somatisch behandelt; die Ursache dafür sehen wir in dem Medikamentenetat, einer Auswahl der Behandelten nach aktuellen, prognostisch günstigen Gesichtspunkten und in einer therapeutischen Resignation.

*Schlüsselwörter:* Schizophrenie — Langjährige Hospitalisierung — Verhaltensmerkmale — Somatische Behandlung — Dauerhospitalisierung.

Die Untersuchungen, von denen hier weitere Ergebnisse mitgeteilt werden, gelten der Frage, welche klinischen und sozialen Faktoren nach Einführung der Psychopharmaka für eine Langzeithospitalisierung schizophrener Patienten maßgeblich sind.

An einem Stichtag, dem 15. 10. 1964, waren alle 5 Jahre und länger hospitalisierten Schizophrenen in 6 niedersächsischen Landeskrankenhäusern erfaßt worden [9,16]. In einer weiteren Studie hatten wir klinische und soziale Daten bis zum Beginn der Dauerunterbringung von einer Auswahl dieser Kranken mitgeteilt [10]. Hier befassen wir uns mit dem in den Krankengeschichten festgehaltenen Verlauf von der Aufnahme bis zu einer Nachuntersuchung der ausgewählten Kranken im Sommer 1967.

### Methodik

Patienten und Methodik sind mit denen von Teil I identisch. Der unterschiedliche Charakter der diesmal mitgeteilten Daten bedingt jedoch erhebliche Unterschiede in der Aussage. So sind die Angaben, ob ein Kranker regelmäßig an den Arbeits- oder Beschäftigungsmöglichkeiten des Krankenhauses teilgenommen hat, relativ zuverlässig. Hinsichtlich des Kontaktverhaltens ist aber strenggenommen nur die Aussage möglich, daß nach dem Eindruck des Untersuchers in so und so vielen Krankengeschichten eine Kontaktstörung vermerkt war. Die Unsicherheitsfaktoren einer „Anmutungsqualität“ gehen hier zunächst in die schriftliche Beurteilung des Pflegers oder Arztes in der Krankengeschichte und dann in die Beurteilung der Krankengeschichte durch den Untersucher ein. Diese Relativierung eines Teiles unserer Ergebnisse darf bei einer Interpretation nicht übersehen werden.

### Ergebnisse

#### *Das erste Jahr der Unterbringung*

Schon während des ersten Jahres der Unterbringung waren die meisten Patienten (56,5%) nach einer Anpassungszeit, die wir für die

Beurteilung nicht berücksichtigten, regelmäßig einer Beschäftigung im Landeskrankenhaus nachgegangen. 11,2% hatten nur gelegentlich und ein Viertel (27,2%) überhaupt nicht gearbeitet. Die Qualität der geleisteten Arbeit konnten wir nach den Krankengeschichten nicht ausreichend beurteilen.

Zur Prüfung auf Korrelationen faßten wir das Arbeitsverhalten im ersten Jahr in zwei Gruppen zusammen: 1. der Patient arbeitete („Arbeit“), 2. der Patient arbeitete nur gelegentlich oder gar nicht („Arbeitsstörung“). Es trat dann eine relativ hohe positive Korrelation mit dem Arbeitsverhalten im Jahre 1966 auf ( $CC = 0,488$ ). Mit den übrigen Verhaltenskriterien des ersten Jahres wurden ebenfalls positive Korrelationen beobachtet: mit dem Kontaktverhalten ( $CC = 0,408$ ), der Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,401$ ) und den besonderen Vorkommnissen ( $CC = 0,345$ ). — Von den „sozialen Faktoren“ korrelierte der Familienstand mit dem Arbeitsverhalten im ersten Jahr ( $CC = 0,382$ ): der Anteil arbeitsgestörter Kranker stieg von „ledig“ über „geschieden“ und „verwitwet“ zu „verheiratet“ an; dabei verhielten sich ledig und geschieden sowie verwitwet und verheiratet ähnlich. Entsprechend arbeiteten Kranke, die bei der Aufnahme keine lebenden Angehörigen mehr hatten, häufiger ( $CC = 0,246$ ). Patienten die bereits bei der ersten Unterbringung dauerhospitalisiert wurden, zeigten öfter im ersten Jahr das Verhalten „Arbeitsstörung“ ( $CC = 0,272$ ). Kranke, die bereits vor der Dauerunterbringung über 2 Jahre stationär psychiatrisch behandelt worden waren, arbeiteten häufiger, nicht vorbehandelte hatten öfter „Arbeitsstörung“ und Patienten mit Vorbehandlungszeiten zwischen 6 und 24 Monaten boten ein Arbeitsverhalten entsprechend allen Kranken ( $CC = 0,276$ ).

Häufig waren nach den Krankengeschichten oder Pflegeberichten Kontaktstörungen im ersten Jahr der Unterbringung. Nur ein Viertel der Kranken (23,3%) hatte ausreichend Kontakt mit anderen aufgenommen. Bei über einem Drittel (37,9%) wurde der Kontakt als gering angegeben, über ein Viertel (28,0%) lebte für sich, antwortete aber in der Regel, wenn es angesprochen wurde, und 11 Kranke (4,7%) schlossen sich während des ersten Jahres von der Umgebung ab.

Das Merkmal Kontaktverhalten faßten wir für die Korrelationen zusammen: 1. Patienten mit ausreichendem Kontakt und 2. solche mit Kontaktstörungen. Es korrelierte so zusammengefaßt gleichsinnig, aber deutlich niedriger, als „Arbeit“ mit den anderen Verhaltenskriterien des ersten Jahres: mit „Arbeit“ ( $CC = 0,399$ ), Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,245$ ) und besonderen Vorkommnissen ( $CC = 0,271$ ). Im Sinne einer Konstanz des Verhaltens — oder seiner Beurteilung — korrelierte „Kontakt“ im ersten Jahr deutlich mit „Kontakt“ 1966 ( $CC = 0,441$ ) und mit den Angaben des Pflegers über das Kontaktverhalten z. Z. der Nachuntersuchung 1967 ( $CC = 0,356$ ). — Das Kontaktverhalten der Patienten im ersten Jahr korrelierte schwach mit einigen sozialen Faktoren vor der Dauerunterbringung: Patienten mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung hatten häufiger ausreichenden Kontakt ( $CC = 0,204$ ) und Kranke, die vor der Aufnahme kein reguläres Einkommen hatten, fielen öfter durch Kontaktstörungen auf ( $CC = 0,275$ ). Eine befriedigende soziale Anpassung — unter diesem Merkmal faßten wir abgeschlossene Schul- und Berufsausbildung sowie Lebensunterhalt durch reguläres Einkommen oder Rente vor der Aufnahme zusammen — korrelierte positiv mit ausreichendem Kontaktverhalten im ersten Jahr ( $CC = 0,333$ ) und entsprechend korrelierte eine soziale Anpassungs-

störung negativ mit dem Kontaktverhalten ( $CC = 0,243$ ). Eine leichte Korrelation bestand zu dem in Gruppen eingeteilten Aufnahmealter: Patienten mit ausreichendem Kontakt waren seltener unter 34 und öfter über 35 Jahre alt gewesen ( $CC = 0,248$ ).

Die meisten Kranken bedurften im ersten Jahr keiner besonderen Pflege: nahezu zwei Drittel versorgten sich selbst (61,6%). Etwa ein Viertel wurde bei den täglichen Verrichtungen beaufsichtigt oder angetrieben (24,1%), während 9,1% stärker pflegebedürftig waren: ein Kranker blieb im Bett, 6 Kranke waren inkontinent, 6 Patienten mußten gefüttert werden und 8 Kranke mußten weitgehend oder ganz versorgt werden.

Für die Prüfung auf Korrelationen teilten wir in zwei Gruppen ein: 1. Patienten, die sich selbst versorgten und 2. solche, die in irgendeiner Form pflegebedürftig waren. Dieses Kriterium „Pflegebedürftigkeit“ korrelierte wieder positiv mit den anderen Verhaltenskriterien des ersten Jahres: mit „Arbeit“ ( $CC = 0,319$ ), „Kontakt“ ( $CC = 0,213$ ) und besonderen Vorkommnissen ( $CC = 0,303$ ). „Pflegebedürftigkeit“ korrelierte hoch mit dem gleichen Merkmal 1966 ( $CC = 0,550$ ) und beinahe ebenso hoch mit den Angaben des Pflegers über die Pflegebedürftigkeit des Kranken 1967 ( $CC = 0,453$ ). „Pflegebedürftigkeit“ im ersten Krankenhausjahr korrelierte relativ niedrig mit den ersten Symptomen ( $CC = 0,258$ ), deutlich mit den Symptomen vor der stationären Aufnahme ( $CC = 0,574$ ) und etwas niedriger mit den psychiatrischen Symptomen im ersten Jahr ( $CC = 0,498$ ): Kranke mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik waren seltener und solche mit katatonen Symptomen sehr viel öfter pflegebedürftig; Patienten mit hebephrenen oder Defekt-Symptomen lagen dazwischen. Mit zunehmender Dauer der Krankheitszeichen vor der Aufnahme nahm die Pflegebedürftigkeit ab ( $CC = 0,482$ ). — Von den sozialen Faktoren korrelierte die Art des Lebensunterhaltes vor der Aufnahme mit der Pflegebedürftigkeit im ersten Jahr ( $CC = 0,344$ ): nicht pflegebedürftige Kranke hatten öfter bis unmittelbar vor der Aufnahme ihren Lebensunterhalt selbst erworben, während pflegebedürftige Kranke häufiger ohne geregeltes Einkommen gewesen waren. Eine ähnliche, deutlich niedrigere, Korrelation bestand mit der sozialen Schicht vor der Aufnahme ( $CC = 0,294$ ): Kranke aus der zweiten sozialen Schicht waren öfter nicht pflegebedürftig, Kranke aus der dritten Schicht waren häufiger pflegebedürftig und die Werte für Patienten aus der ersten Schicht lagen in der Mitte. Dem entspricht, daß eine befriedigende soziale Anpassung vor der Aufnahme mit „nicht pflegebedürftig“ ( $CC = 0,228$ ) und eine soziale Anpassungsstörung vor der Aufnahme mit Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,243$ ) diskret korrelierten.

Einen breiten Raum in Pflegeberichten und Krankengeschichten nahmen die besonderen Vorkommnisse ein. Bei einem Drittel der Kranken (32,3%) wurden keine solchen erwähnt. Die Hälfte (47,9%) war im ersten Jahr durch drohendes Verhalten aufgefallen: der Kranke war gespannt, erregt, hatte gedroht, geschimpft, Medikamente oder Nahrung verweigert oder war dranghaft unruhig gewesen. Ein Viertel (27,6%) hatte im ersten Jahr irgendwelche Formen von Gewaltanwendung gezeigt: der Patient hatte gespuckt, geschlagen oder einen Gegenstand zerstört oder zerrissen. Eine Entweichung oder ein Entweichungsversuch

wurde von 12,9% berichtet. Die übrigen Ereignisse waren selten: 3,4% waren stuporös gewesen und ebenso viele Kranke waren durch ihr sexuelles Verhalten aufgefallen, 3,0% hatten sich ernsthaft selbst beschädigt oder einen Suicidversuch unternommen und bei 4 Kranken (1,7%) wurde Kotschmieren erwähnt. Für die weitergehende Auswertung haben wir das schwerwiegendste Vorkommnis für jeden Kranken gewertet und in insgesamt 3 Gruppen eingeteilt, die jeweils etwa ein Drittel der Kranken umfassen: 1. keine besonderen Vorkommnisse (32,3%), 2. Drohen oder Entweichen (29,3%) und 3. Gewaltanwendung oder die erwähnten selteneren außergewöhnlichen Vorkommnisse (34,5%).

So eingeteilt fanden wir deutliche Korrelationen mit den ebenso eingeteilten besonderen Vorkommnissen bis Ende 1965 ( $CC = 0,508$ ) und 1966 ( $CC = 0,448$ ); relativ niedrig war die Korrelation mit den Angaben des Pflegers über die Gefährlichkeit des Kranken 1967 ( $CC = 0,322$ ). Niedrig war auch die Korrelation zwischen besonderen Vorkommnissen im ersten Jahr der Unterbringung mit Aggressionen, die die Aufnahme unmittelbar herbeigeführt hatten ( $CC = 0,245$ ). — Mit den übrigen Verhaltensmerkmalen des ersten Jahres korrelierten die besonderen Vorkommnisse leicht: mit Arbeit ( $CC = 0,345$ ), mit Kontaktverhalten ( $CC = 0,294$ ) und mit Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,295$ ). Die besonderen Vorkommnisse korrelierten mit dem in Gruppen eingeteilten Aufnahmealter ( $CC = 0,348$ ): Kranke unter 35 Jahren waren in der Gruppe der schwersten besonderen Vorkommnisse, 35–49jährige Kranke in der Gruppe Drohen/Entweichen und Kranke über 50 Jahre in der Gruppe „keine“ häufiger vertreten. Auch eine Geschlechtsdifferenz ließ sich nachweisen: Männer hatten öfter gedroht oder waren öfter entwichen als Frauen, während sich die übrigen Merkmale nicht deutlich unterschieden ( $CC = 0,264$ ). Mit einer niedrigen Korrelation ( $CC = 0,285$ ) waren die schwersten Vorkommnisse bei ledigen, Drohen und Entweichen bei verheirateten und „keine“ bei verwitweten und geschiedenen Patienten häufiger beobachtet worden.

Für einen Überblick faßten wir die Merkmale Arbeitsverhalten, Kontaktverhalten, Pflegebedürftigkeit und besondere Vorkommnisse im ersten Jahr zusammen.

1. Kranke mit unauffälligem Verhalten hatten bei keinem der genannten Merkmale Abweichungen gezeigt. 2. Kranke mit leichten Störungen hatten nur gelegentlich gearbeitet, deutliche Kontaktstörungen, Drohen/Entweichen oder auch die Kombination mehrerer dieser Merkmale geboten. 3. Kranke mit deutlichen Störungen zeigten eine oder mehrere der folgenden Erscheinungen: arbeitete nicht, mußte pflegerisch beaufsichtigt werden oder fiel durch sein sexuelles Verhalten oder Gewalttätigkeit auf. 4. Kranke mit schweren Störungen waren ganz oder teilweise pflegebedürftig, schlossen sich von der Umgebung ab oder sie hatten die selteneren Verhaltensauffälligkeiten, außer sexuell auffallendem Verhalten, gezeigt.

Nach dieser Einteilung hatten sich nur 8,2% der Dauerhospitalisierten im ersten Jahr der Unterbringung unauffällig verhalten; ein Viertel hatte leichte (26,7%), beinahe die Hälfte deutliche (44,4%) und 16,8% schwere Störungen gezeigt.

In der beschriebenen Zusammenfassung korrelierte das Merkmal mit dem gleichen Merkmal für das Jahr 1966 ( $CC = 0,486$ ) und dem ebenso zusammen-

gefaßten und ähnlich beurteilten Angaben des Pflegers über das Verhalten des Kranken bei der Nachuntersuchung 1967 ( $CC = 0,421$ ). Ferner korrelierte das Merkmal mit dem psychiatrischen Befund im ersten Jahr ( $CC = 0,457$ , s. u.) und entsprechend, jedoch weniger deutlich, mit dem psychiatrischen Befund 1965 ( $CC = 0,375$ ) und 1966 ( $CC = 0,409$ ). — Interessanter ist die Korrelation mit der Zahl der stationären Aufnahmen: Kranke, bei denen bereits der erste Krankenhausaufenthalt zur Dauerunterbringung führte, waren häufiger stärker gestört, während Patienten, die erst bei einer vierten oder wiederholten Aufnahme nicht mehr entlassen wurden, häufiger keine oder leichtere Verhaltensstörungen zeigten ( $CC = 0,322$ ). Mit der Dauer der Krankheitszeichen vor der Aufnahme bestand eine leichte Korrelation: mit Dauer der Krankheitszeichen nahm die Stärke der Verhaltensstörung im ersten Jahr zu ( $CC = 0,305$ ). Wir fanden auch eine leichte Korrelation mit den Krankheitserscheinungen unmittelbar vor der Aufnahme: Wahnkranke waren häufiger nur mäßig gestört, während Patienten, von denen Drohungen oder Gewalt bekannt geworden waren, im ersten Krankheitsjahr häufiger die stärksten Störungen aufwiesen ( $CC = 0,374$ ).

Nach den Krankengeschichten beurteilten wir die vorherrschenden psychiatrischen Symptome. Bei 5,6% der Kranken war dies nicht möglich; 8,2% hatten reine „Defekt“-Symptome, 19% hebephrene, 1,7% katatone und 6,9% vorherrschend paranoid-halluzinatorische Symptome. Eine Defektsymptomatik in Verbindung mit katatonen Symptomen fanden wir bei 14,2% und eine Defektsymptomatik mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen bei 44,4% der Kranken. Für eine weitergehende Auswertung teilten wir nach 3 Symptom-Gruppen ein: 1. Kranke mit rein hebephrener oder „Defekt“-Symptomatik, 2. Kranke mit katatonen Symptomen mit oder ohne „Defekterscheinungen“ und 3. Kranke mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen mit oder ohne „Defekterscheinungen“.

Der psychiatrische Befund nach dieser Einteilung korrelierte sinngemäß mit den übrigen psychiatrischen Befunden, die wir den Krankengeschichten entnommen hatten. Relativ niedrig war der Zusammenhang mit den ersten Symptomen ( $CC = 0,350$ ) und sehr viel höher mit den Krankheitserscheinungen vor der Aufnahme ( $CC = 0,645$ ); dabei waren Kranke mit „Hebephrenie/Defekt“ und „Katatonie“, letztere weniger deutlich, häufiger mit sozialem Abgleiten und Drohen/Gewaltanwendung aufgefallen, während paranoid-halluzinatorische Kranke sehr viel häufiger Wahn- oder Sinnestäuschungen gezeigt hatten. Die Symptomatik im ersten Jahr korrelierte hoch mit den ebenso zusammengefaßten psychiatrischen Befunden während des weiteren stationären Aufenthaltes bis Ende 1965 ( $CC = 0,801$ ) und 1966 ( $CC = 0,706$ ); dabei ist erwähnenswert, daß ein Wechsel zwischen „Hebephren/Defekt“ und „Katatonie“ oder umgekehrt deutlich öfter auftrat als von diesen beiden zu „Paranoid/halluzinatorisch“ oder umgekehrt. — Deutlich waren die Korrelationen mit dem Verhalten im ersten Krankheitsjahr: von „Paranoid“ über „Hebephren/Defekt“ zu „Kataton“ wurden Arbeitsstörungen ( $CC = 0,344$ ), Kontaktstörungen ( $CC = 0,398$ ), Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,449$ ) und besondere Vorkommnisse ( $CC = 0,481$ ) sowie in der zusammenfassenden Beurteilung stärkere Störungen häufiger ( $CC = 0,457$ ). — Der psychiatrische Befund im ersten Krankenhausjahr korrelierte mit einigen einfachen sozialen Daten: Frauen waren in der Gruppe „Paranoid“ öfter und in den beiden anderen seltener ( $CC = 0,291$ ) vertreten. Deutlicher war die Korrelation mit dem in Gruppen ein-

geteilten Aufnahmealter (CC = 0,449): Kranke der Gruppe „Hebephren/Defekt“ und — weniger deutlich — „Kataton“ waren häufiger unter 35 Jahre alt, die Gruppe „Paranoid“ über 50 Jahre alt, während sich die Diagnosen auf die Gruppe der 35—49jährigen wie auf die Gesamtheit verteilten. Von „Hebephren/Defekt“ über „Kataton“ zu „Paranoid“ nahm die Zahl der Patienten, die eine Ehe eingegangen waren, zu (CC = 0,413), wobei besonders die Kombination zwischen verwitwet und paranoid-halluzinatorischer Symptomatik deutlich überrepräsentiert war. Lebende Angehörige wurden von „Kataton“ über „Hebephren/Defekt“ zu „Paranoid“ seltener (CC = 0,303). Schulversagen und Abbruch einer weiterführenden Schule waren bei „Hebephren/Defekt“ und „Kataton“ gleichlaufend öfter als bei paranoid-halluzinatorischen Kranken (CC = 0,303). Bezüglich des Lebensunterhaltes vor der entscheidenden Aufnahme bestand eine positive Korrelation zwischen „Hebephren/Defekt“ über „Kataton“ zu „Paranoid“ mit „kein reguläres Einkommen“ über „reguläres Einkommen“ zu Rente (CC = 0,459). Entsprechend waren Kranke der Gruppe „Hebephren/Defekt“ seltener in den sozialen Klassen I und II und „Paranoid“ öfter in den Klassen I und II vertreten, während „Kataton“ keine Bevorzugung einer sozialen Klasse erkennen ließ (CC = 0,372). Eine soziale Anpassungsstörung vor der Aufnahme ließ sich zunehmend von „Paranoid“ über „Kataton“ zu „Hebephren/Defekt“ nachweisen (CC = 0,342).

Nicht ganz zwei Drittel der Kranken waren im ersten Jahr der Unterbringung somatisch behandelt worden (63,8<sup>0</sup>/<sub>0</sub>); über ein Viertel war nicht behandelt worden (28,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) und von 8,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub> lagen keine ausreichenden Angaben vor. Wie in Teil I versuchten wir die Qualität der Behandlung im ersten Krankenhausjahr zu bewerten; wir beurteilten dabei eine Behandlung als ungenügend, wenn im Behandlungshalbjahr bei anhaltender Symptomatik 4 Elektrokonvulsionen oder kurmäßig mindestens 300 mg Chlorpromazin oder Äquivalentdosen 1 Monat lang mit anschließender Erhaltungsdosis *nicht* gegeben worden waren. Danach waren 18,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> der Kranken ausreichend und beinahe die Hälfte (45,3<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) unzureichend behandelt worden. Am häufigsten fanden wir hier eine nur symptomatische Verabreichung von Neuroleptica oder das Absetzen aller Medikamente nach einer Kur.

Die Tatsache, ob ein Kranker behandelt wurde oder nicht, korrelierte mit einigen anderen Merkmalen. Niedrig waren die Korrelationen mit den Verhaltensauffälligkeiten: mit zunehmender Kontaktstörung wurden die Kranken öfter behandelt; dieser Befund war jedoch statistisch nicht signifikant ( $0,1 > p > 0,05$ , CC = 0,230); mit zunehmender Schwere der besonderen Vorkommnisse erfolgte häufiger eine Behandlung (CC = 0,345). Die Korrelation mit vorherrschenden psychiatrischen Symptomen war ebenfalls nicht hoch (CC = 0,291): Patienten der Gruppe „Hebephren/Defekt“ wurden öfter und der Gruppe „Kataton“ seltener nicht behandelt. Kranke, die im ersten Jahr besucht wurden, wurden öfter behandelt (CC = 0,249). Dies steht wohl im Zusammenhang mit der Tatsache, daß sich von den Patienten, die bei der ersten Aufnahme über keine lebenden Angehörigen mehr verfügten, zu jenen, deren Angehörige während der Hospitalisierung verstarben, sich scheiden ließen oder nicht mehr auffindbar waren, zu jenen, die auch bei der Untersuchung noch über lebende Angehörige verfügten, eine zunehmende Behandlungshäufigkeit nachweisen ließ (CC = 0,357). Auch mit der Art, mit der die Kranken vor der Aufnahme ihren Lebensunterhalt bestritten hatten, korrelierte die

Tatsache der Behandlung: von Rentnern zu Kranken mit keinem regulären Einkommen zu Kranken mit einem regulären Einkommen nahm die Behandlungshäufigkeit zu ( $CC = 0,285$ ). Bei den sozialen Schichten fand sich eine abnehmende Behandlungshäufigkeit von der II. zur III. und von dort zur I. Schicht ( $CC = 0,366$ ). Die Behandlungshäufigkeit nahm ab mit zunehmender Krankheitsdauer vor der entscheidenden Aufnahme ( $CC = 0,279$ ). Positiv korrelierte die Behandlung im ersten Jahr mit der Tatsache, ob der Patient frühbehandelt wurde ( $CC = 0,389$ ); hierbei ist zu erwähnen, daß für einen kleinen Teil der Kranken die Behandlung im ersten Jahr der Dauerunterbringung mit der Frühbehandlung identisch war. Schließlich korrelierte die Behandlungshäufigkeit noch mit dem Aufnahmealter ( $CC = 0,336$ ): jüngere Patienten wurden öfter behandelt.

Mit der Art der Behandlung korrelierte der psychiatrische Befund im ersten Jahr: Patienten der Gruppe „Hebephren/Defekt“ waren öfter nicht und der Gruppe „Kataton“ eher ausreichend behandelt worden ( $CC = 0,279$ ). Eine leichte Korrelation bestand auch mit besonderen Vorkommnissen im ersten Jahr ( $CC = 0,362$ ): Patienten, die durch Gewaltanwendung aufgefallen waren, wurden häufiger ausreichend behandelt. Hingegen waren Kranke, bei denen eine Aggression oder ein Erregungszustand unmittelbar die Aufnahme herbeigeführt hat, öfter unzureichend behandelt worden ( $CC = 0,263$ ). Es bestand eine niedrige positive Korrelation mit der Art der Frühbehandlung ( $CC = 0,317$ ).

Während des ersten Jahres der Unterbringung wurde nur ein Viertel der Kranken von Angehörigen besucht ( $26,3\%$ ), zwei Drittel ( $65,1\%$ ) dagegen überhaupt nicht;  $3\%$  wurden nachweislich von ihren Angehörigen abgelehnt, während bei 2 Kranken die Angehörigen auf eine Entlassung drängten.

Als Beispiel für eine Ablehnung des Kranken durch die Angehörigen zitieren wir aus dem Brief, den der Vater eines damals 27jährigen Kranken am 25. 6. 1957 an den Pfleger des Sohnes, etwa 20 Tage nach der Aufnahme, schrieb: „Ich nehme diesen Wahnsinnigen bei mir zuhause nicht mehr auf, weil er lebensgefährlich und ein Volksschädling ist. Er muß lebenslänglich in der Irrenanstalt bleiben.“

### *Die Unterbringung bis Ende 1965*

Für die Zeit nach dem ersten Jahr der Dauerunterbringung und vor 1966 sahen wir die Krankengeschichten wiederum auf besondere Vorkommnisse durch. Bei etwa einem Viertel der Kranken ( $22,4\%$ ) wurden keine solchen erwähnt. Am häufigsten, von zwei Drittel der Patienten ( $66,8\%$ ), wurde wieder ein drohendes Verhalten berichtet; gewalttätiges Verhalten wurde fast bei jedem zweiten ( $44,4\%$ ) erwähnt. Seltener waren Entweichungsversuche ( $14,2\%$ );  $7,3\%$  fielen durch ihr sexuelles Verhalten auf, während Stupor und Kotschmierer mit je  $1,3\%$  sehr selten beobachtet wurden.  $5,6\%$  der Kranken hatten sich ernsthaft selbst beschädigt oder einen Suicidversuch unternommen; einem Kranken darunter war der Suicid gelungen. Wie oben zusammengefaßt, war ein Viertel der Kranken nur durch Drohen oder Entweichen ( $25\%$ ) aufgefallen und die Hälfte ( $49,1\%$ ) durch gewalttätiges Verhalten oder die selteneren Verhaltensstörungen.

Nach dem ersten Jahr der Dauerunterbringung bis Ende 1965 waren die vorherrschenden Krankheitserscheinungen: bei 9,5% ausschließlich „Defekt“, bei 14,7% hebephrene, bei 0,9% katatone und bei 2,6% paranoid-halluzinatorische Symptome; „Defekt“ mit katatonen Symptomen wurde bei 22% und mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen bei 46,5% beobachtet. Bei einer Einteilung wie oben kamen je ein Viertel der Kranken in die Gruppen „Defekt/Hebephren“ (24,1%) und „Kataton“ (22,8%) und die Hälfte (49,1%) in die Gruppe „Paranoid“. In dem gleichen Beobachtungszeitraum wurden 42,2% regelmäßig oder gelegentlich von ihren Angehörigen besucht und 49,6% waren nicht oder kaum besucht worden. Jeder 5. Kranke (21,1%) war vorübergehend körperlich schwerer, 6,5% chronisch erkrankt.

### *Das Jahr 1966*

Die Verläufe und Pflegeberichte über das Jahr 1966 waren uns bei jedem 4. bis 5. Kranken nicht zugänglich, so daß wir keine Beurteilung vornehmen konnten. Die unten angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf alle 232 Kranken der Untersuchungsgruppe; bei gleicher Verteilung der verschiedenen Merkmalsausprägungen bei Patienten mit bekanntem und unbekanntem Verlauf 1966 lägen diese Prozentzahlen um jeweils ein Fünftel bis ein Viertel höher.

Etwa die Hälfte der Kranken (49,1%) hatte regelmäßig gearbeitet, 5,6% nur gelegentlich und 20,3% nicht. Über das Kontaktverhalten war bei 16,4% „ausreichend“ und bei 30,2% „gering“ vermerkt; 22,8% lebten für sich und 5,6% schlossen sich von der Umwelt ab. Genau die Hälfte der Kranken versorgte sich auch 1966 selbst, 22% wurden bei den täglichen Verrichtungen angetrieben oder beaufsichtigt und 2,6% waren stärker pflegebedürftig. Keine außergewöhnlichen Vorkommnisse wurden von 52,6% berichtet; 20,7% waren durch drohendes Verhalten, 8,2% durch gewalttätiges Verhalten, 1,3% durch Entweichen oder Entweichungsversuche und ebenso viele Kranke durch ihr sexuelles Verhalten aufgefallen; 0,9% hatten sich ernsthaft selbst beschädigt oder einen Suicidversuch unternommen und 1 Kranker war stuporös geworden. Zusammengefaßt fanden wir bei 15,1% der Patienten Drohen oder Entweichen und bei 9,9% Gewalt oder die selteneren besonderen Vorkommnisse erwähnt. In einer zusammenfassenden Beurteilung für das Jahr 1966 waren 8,6% unauffällig, 28,9% leicht, 31,5% deutlich und 9,1% schwer gestört. Vorübergehend ernster körperlich krank waren 6,9% und chronisch krank 3% gewesen. — Psychiatrisch herrschten bei 16,0% Defektsyndrome, bei 15,9% hebephrene Symptome, bei 0,9% katatone und bei 0,4% paranoide Symptome vor; 12,9% zeigten Defektsymptome mit katatonen Symptomen und 31% Defektsymptome und paranoid-halluzinatorische Symptome. Wie oben zusammengefaßt, ergaben sich 31,9% für die Gruppe „Defekt/Hebephren“, 13,8% für die Gruppe „Kataton“, 31,5% für die Gruppe „Paranoid“.

Nach der Krankengeschichte beurteilten wir den Verlauf während der Dauerunterbringung nach sozialen und psychiatrischen Kriterien. 4,7% der Kranken hatten sich hinsichtlich ihres Sozialverhaltens und der psychiatrischen Symptomatik deutlich gebessert, 21,1% zeigten ein besseres Sozialverhalten bei wiederkehrenden akuten psychiatrischen Symptomen, bei 45,7% ließen sich keine wesentlichen Veränderungen erfassen, 19,8% hatten sich in ihrem sozialen Verhalten verschlechtert und zeigten wiederkehrend akute psychiatrische Symptome und 5,2% hatten sich sozial und psychiatrisch deutlich verschlechtert.

Zusammengefaßt glaubten wir bei einem Viertel der Patienten eine Besserung (25,9%), bei einem Viertel eine Verschlechterung (25%) und bei etwa der Hälfte (45,7%) ein unverändertes Zustandsbild feststellen zu können. Dieses Merkmal korrelierte dann mit den Verhaltenskriterien 1966 sinngemäß: mit dem Arbeitsverhalten ( $CC = 0,367$ ), dem Kontaktverhalten ( $CC = 0,257$ ), der Pflegebedürftigkeit ( $CC = 0,387$ ) und der zusammenfassenden Beurteilung für das Jahr 1966 ( $CC = 0,327$ ), bei letzterem war die Kombination „unveränderter Befund“ mit „mäßigen Verhaltensstörungen“ deutlich überrepräsentiert. Das Merkmal „Verlauf“ korrelierte leicht mit der psychiatrischen Symptomatik im ersten Jahr der Unterbringung: von „Kataton“ über „Paranoid“ zu „Hebephren/Defekt“ wurde eine Verschlechterung häufiger ( $CC = 0,262$ ). Mit dem psychiatrischen Befund 1966 wurde in der gleichen Reihenfolge der Symptomgruppen das Merkmal „besser“ häufiger ( $CC = 0,340$ ). Mit den von uns erfaßten sozialen Kriterien vor der Aufnahme bestanden keine signifikanten Korrelationen; lediglich mit dem Merkmal „Heimatvertreibung“ zeigte sich die Tendenz zu einem Zusammenhang ( $0,1 > p > 0,05$ ,  $CC = 0,211$ ): Vertriebene hatten etwas häufiger einen besseren Verlauf.

Zwischen dem Stichtag der Erfassung am 15. 10. 1964 und unserem Besuch in den Landeskrankenhäusern von April bis August 1967 waren 29 von 232 Kranken nicht mehr aufzufinden: 5 Patienten waren in ein nicht besuchtes Landeskrankenhaus verlegt worden: 4 Kranke in ein privates Nervenkrankenhaus in Niedersachsen und 1 Patient in ein außerhalb Niedersachsens gelegenes LKH; 11 Kranke waren entlassen worden; es handelte sich dabei jedoch meist um eine Verlegung in ein Altersheim und nicht um eine Rehabilitation; wir haben diese Patienten dennoch als entlassen geführt. 13 Kranke waren in der Zwischenzeit verstorben. Die Angaben über diese 29 Patienten sind, wenn sie uns vorlagen, entsprechend verwendet und sonst als unbekannt beurteilt worden.

### Besprechung der Ergebnisse

Dauerunterbringung bedeutet — und für unsere 232 Kranken erfüllte sich das in den  $2\frac{1}{2}$  Jahren Nachbeobachtungszeit —, daß der Tod im Landeskrankenhaus wahrscheinlicher als die Entlassung ist. Für eine Dauerunterbringung selbst sind, wie schon lange bekannt ist und durch neuere, auch eigene Untersuchungen bestätigt wurde [2—4, 10] klinische und soziale Faktoren ausschlaggebend. Über die Kriterien, nach denen

der Psychiater über die Dauerunterbringung entscheidet, ist wenig bekannt. Einige soziale Faktoren, die für die Dauerhospitalisierung Schizophrener wichtig zu sein scheinen, haben wir im ersten Teil herausgestellt. Dabei ergab sich, daß Dauerhospitalisierung später erfolgte, wenn der Patient nicht ledig, nicht minderbegabt war, einen Beruf erlernt hatte, zwischen 25 und 39 Jahren erkrankt und ausreichend früh behandelt war. Diesmal versuchten wir anhand der Krankengeschichten und der Pflegeberichte der Anstalt unter besonderer Berücksichtigung der Hospitalisierung die Kriterien zu analysieren, die für die Dauerunterbringung maßgeblich gewesen sein können. Die oben niedergelegten Zahlen vermitteln einen Überblick über das Verhalten der Kranken bzw. deren Beurteilung in den ersten Jahren. Mit Hilfe der Korrelationen soll Näheres über Hintergründe und ursächliche Faktoren bei der Dauerhospitalisierung ausgesagt werden.

Auf Einschränkungen in der Verwertbarkeit unserer Ergebnisse durch die angewandte Methode haben wir bereits oben hingewiesen. Hinzu kommt das Fehlen einer Vergleichsgruppe gleichzeitig aufgenommener und *nicht* daueruntergebrachter Schizophrener.

Auch darf das Gewicht von Zahlen und statistischen Berechnungen nicht überschätzt werden: bei den Korrelationen etwa liegt die statistisch gesicherte Aussage nur darin, daß die betreffende Kombination der Ausprägungen zweier Merkmale nicht zufällig entstanden ist; der korrigierte Kontingenzkoeffizient ist dabei das Maß für den Zusammenhang zwischen beiden Merkmalen. Die *Ursache* dieses Zusammenhanges kann auf einer Abhängigkeit des einen Merkmals von dem anderen, beider Merkmale von einer nicht erfaßten Größe oder auch von der Datengewinnung abhängen.

### Das Verhalten der Kranken im ersten Unterbringungsjahr

Die Entlassungsraten Schizophrener sinken mit zunehmender Aufenthaltsdauer in der Anstalt rasch ab; die meisten Kranken werden noch während des ersten Jahres entlassen; nach dem zweiten oder allenfalls dritten Jahr gibt es nur noch wenige Entlassungen [2, 17]. Es fällt somit also bereits im ersten Unterbringungsjahr zumeist die Entscheidung über eine Dauerhospitalisierung. Aus diesem Grund haben wir versucht, das erste Unterbringungsjahr möglichst gründlich zu erfassen.

Nach den Verhaltenskriterien des Landeskrankenhauses — Arbeit, Kontakt, Pflegebedürftigkeit und besondere Vorkommnisse — zeigten in diesem Zeitraum die von uns untersuchten Kranken häufig schwere und schwerste Störungen: beinahe jeder fünfte Kranke war pflegebedürftig, schloß sich von der Umwelt ab oder zeigte grobe Verhaltensauffälligkeiten; fast jeder zweite Kranke arbeitete nicht, mußte vom Pfleger beaufsichtigt werden, fiel durch Gewalttätigkeit oder im sexuellen Bereich auf. Nur bei jedem zehnten Kranken hingegen wurden keine Verhaltensauffälligkeiten beschrieben. Die Bedeutung dieser von uns

hier zusammengefaßten Verhaltenskriterien ist schwer abzuschätzen. Wir fanden eine relativ hohe positive Korrelation mit dem gleichen Merkmal 1966, d. h. 7—9 Jahre später und der entsprechenden Beurteilung durch den Stationspfleger zur Zeit der Nachuntersuchung im Sommer 1967. Daraus ergibt sich eine weitgehende Übereinstimmung in der Verhaltensbeurteilung, bzw. im Verhalten während der ersten 7—10 Jahre einer Dauerunterbringung. Die signifikante Korrelation zwischen Verhalten und psychiatrischem Befund im ersten Unterbringungsjahr ist auf 2 Faktoren zurückzuführen: einmal fallen die stärksten Verhaltensauffälligkeiten teilweise mit katatonen Symptomen zusammen; zum anderen weist die Überrepräsentation von Kranken mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik bei den weniger starken Verhaltensstörungen darauf hin, daß diese Symptomatik allein, ohne Verhaltensauffälligkeiten, die Dauerunterbringung begünstigt, etwa in dem Sinne, daß Wahn und Sinnestäuschungen von der Gesellschaft als eindeutiges Zeichen der Verrücktheit gewertet und vom Psychiater auch bei der Frage der Entlassung entsprechend eingeschätzt werden.

Überrascht hat uns das Fehlen von Korrelationen des Verhaltens mit den sozialen Merkmalen vor der Aufnahme: mit Geschlecht, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung, Erwerb des Lebensunterhaltes oder dem sozialen Stand ergaben sich keine Zusammenhänge; es war zu erwarten, daß prognostisch ungünstigere soziale Variablen mit einem weniger stark gestörten Verhalten korreliert wären, weil sie schon ohne erhebliche klinische Erscheinungen für eine Dauerunterbringung „genügen“.

Vielleicht ist diese fehlende Korrelation auf die Unschärfe unseres Kriteriums „Verhalten“ zurückzuführen, denn wir haben hier so heterogene Merkmale wie Arbeits- und Kontaktverhalten, Pflegebedürftigkeit und besondere Vorkommnisse zusammengefaßt, obwohl sie prognostisch möglicherweise von unterschiedlicher Bedeutung sind. Ferner war für einen Teil dieser Merkmale — etwa besondere Vorkommnisse und z. T. auch Pflegebedürftigkeit — ein vorübergehendes Ereignis, für den anderen Teil — Arbeits- und Kontaktverhalten — hingegen ein Überblick über das gesamte erste Jahr maßgeblich gewesen.

Für diese Annahme spricht auch, daß sich bei den einzelnen Verhaltenskriterien durchaus Korrelationen mit sozialen Faktoren vor der Unterbringung zeigen, so daß unsere Zusammenfassung eher eine pauschale Beurteilung des Gesamtverhaltens vermittelt, jedoch keine detaillierte Aussage über die Ursachen der Dauerunterbringung erlaubt.

#### *a) Arbeitsverhalten*

In der traditionellen deutschen Anstaltspsychiatrie wird seit Simon größter Wert auf eine Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie gelegt

[15, 18]. Entsprechend ging auch die Mehrzahl der von uns untersuchten Patienten im ersten Jahr und 1966 einer regelmäßigen Beschäftigung nach; das Arbeitsverhalten blieb während der ganzen Zeit der Unterbringung relativ konstant.

Für alleinstehende jüngere Kranke ist es ein Entlassungshindernis, wenn sie an der Arbeit nicht teilnehmen: entsprechend arbeiteten Kranke, die nach der ersten Hospitalisierung nicht wieder entlassen wurden, häufiger nicht im ersten Jahr. Aus der Korrelation zwischen Familienstand und Arbeitsverhalten geht wohl eine stärkere Störung jener Kranken hervor, die verheiratet waren und häufiger nicht arbeiteten. Ähnlich deutet die Tatsache, daß Kranke ohne lebende Angehörige öfter einer regelmäßigen Beschäftigung im ersten Unterbringungsjahr nachgingen, darauf hin, daß hier soziale Faktoren die Dauerunterbringung förderten.

#### *b) Kontaktverhalten*

Von der Methode her ist das Kontaktverhalten, wie oben erwähnt, ein problematisches Kriterium. Die Beurteilung „geringer Kontakt“ erscheint als sehr vage und unbestimmt, während „lebte für sich“ eine etwas präzisere Aussage darstellt.

Die Häufigkeit der ermittelten Kontaktstörungen könnte den Erwartungen der Institution entsprechen und daher zusammen mit der Unschärfe des Kriteriums weitgehend durch ein Vorurteil bestimmt sein. Über die Dauer der Unterbringungszeit war das Merkmal ähnlich konstant wie das Arbeitsverhalten. In unserer Zusammenfassung korrelierte das Merkmal nur schwach positiv mit den anderen Verhaltenskriterien — eine Tatsache, die zum Teil durch die große Zahl der Kontaktstörungen mit bedingt ist. Die beschriebenen Korrelationen zwischen Kontaktverhalten und „sozialer Anpassungsstörung“ bzw. „befriedigend soziale Anpassung“ vor der Dauerunterbringung, „abgeschlossene Berufsausbildung“ und „reguläres Einkommen“ könnte auf einen realen Zusammenhang mit langen, schweren Krankheitsverläufen hinweisen und gegen die Annahme sprechen, daß maßgeblich für die Einschätzung „Kontaktstörung“ die tradierten Wertmaßstäbe sind.

#### *c) Pflegebedürftigkeit*

Die Pflegebedürftigkeit ist wahrscheinlich das aussagestärkste der von uns erfaßten Verhaltensmerkmale. Dies liegt einmal an der relativ klaren Definition und zum anderen an der Bedeutung. Kranke, die selbst in der starren Ordnung des Landeskrankenhauses beaufsichtigt oder ganz oder teilweise versorgt werden müssen, waren mit großer

Wahrscheinlichkeit bei den damals gegebenen Möglichkeiten der Rehabilitation nicht zu entlassen. Jenes Drittel der Kranken, für die dieses Merkmal in dem ersten Unterbringungsjahr zutraf, war also aus Krankheitsgründen hospitalisierungsbedürftig. Das Merkmal Pflegebedürftigkeit blieb, deutlicher als die anderen Verhaltensmerkmale, über die Dauer des stationären Aufenthaltes konstant.

Die wichtigste von uns ermittelte Korrelation ist die zwischen Pflegebedürftigkeit und psychiatrischem Befund: Kranke mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik waren seltener, solche mit katatonen häufiger pflegebedürftig. Die weiteren Korrelationen mit der Pflegebedürftigkeit stimmen bei deutlich niedrigerem Korrelationskoeffizienten mit einem Teil der Korrelationen mit dem psychiatrischen Befund überein: Nicht pflegebedürftige Kranke und solche mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik hatten häufiger bis zur Aufnahme ihren Lebensunterhalt selbst erworben, waren kürzer krank gewesen, hatten häufiger der II. sozialen Schicht angehört und keine sozialen Anpassungsstörungen gezeigt. Man kann daraus schließen, daß in der Pflegebedürftigkeit ein anderer Hospitalisierungsgrund liegt als in der paranoid-halluzinatorischen Symptomatik; dem entspricht, daß paranoid-halluzinatorische Symptomatik auch bei der zusammenfassenden Verhaltensbeurteilung mit den geringen Störungen korrelierte.

#### *d) Besondere Vorkommnisse*

Die besonderen Vorkommnisse werden in den Pflegeberichten hervorgehoben; das Zusammenleben vieler Patienten in räumlicher Enge und Eingeschlossenheit fördert drohendes oder auch gewalttätiges Verhalten [5, 6]. Ein Pfleger meinte, auf einen überfüllten Saal mit Patienten deutend, daß man Gesunde nicht so zusammenpferchen könne, sonst gäbe es jeden Tag Mord und Totschlag. Die niedrige Korrelation zwischen Aggressionen unmittelbar vor der Aufnahme und Gewalttätigkeit im ersten Unterbringungsjahr deutet darauf hin, daß es sich bei aggressivem Verhalten von Kranken nur selten um eine krankheits- oder persönlichkeitsbedingte Verhaltensbereitschaft handelt. Die Korrelation mit dem Alter entspricht der bekannten Tatsache, daß offene Aggressionen bei jüngeren Menschen häufiger sind. Der Umstand, daß sich hier zwischen Männern und Frauen keine unterschiedliche Häufigkeit ergab, ist wohl darauf zurückzuführen, daß wir bei diesem Merkmal keinen Schweregrad berücksichtigt haben. Deshalb blieb dieses Merkmal auch in der von uns gewählten Zusammenfassung trotz relativ hoher Konsistenz über die Dauer des Aufenthaltes ohne meßbaren Einfluß auf die Dauerunterbringung.

### Psychischer Befund

Die Beurteilung des psychiatrischen Befundes aufgrund der Krankengeschichten ist methodologisch bedenklich. Es ist fraglich, ob die von vielen Untersuchern mit unterschiedlicher Untersuchungstechnik, verschiedener Ausbildung und wechselnder Intensität aufgenommenen psychischen Befunde überhaupt vergleichbar sind. Ebenso stößt die Auswertung von Krankengeschichten durch *einen* Untersucher auf Bedenken. Wir nehmen dennoch an, daß ein Teil dieser Einwände durch unsere Zusammenfassung ausgeräumt werden konnte. Wir haben freilich keine Unterteilung in paranoid-halluzinatorische Schizophrenie, Katatonie, Hebephrenie vorgenommen, sondern haben erfaßt, bei welchen Kranken paranoid-halluzinatorische, bei welchen katatone und bei welchen nur Verhaltensauffälligkeiten im Sinne einer „Defekt“-Schizophrenie oder Hebephrenie vorherrschten. Die letzte Gruppe ist also vorwiegend negativ definiert.

Das Vorherrschen paranoid-halluzinatorischer Symptome unter den Dauerhospitalisierten im ersten Jahr — sie wurden von beinahe jedem zweiten Kranken berichtet — stimmt mit früheren Untersuchungen überein [10,12,14]. Ebenso wenig ist die Seltenheit katatoner Bilder ungewöhnlich. Die Gruppe der Kranken mit hebephrener oder Defektsymptomatik machte immerhin noch ein Viertel aller Patienten aus. Dafür, daß unsere Gruppen zwar sicher nicht deckungsgleich mit den umschriebenen, gleichbenannten psychiatrischen Krankheitsbildern sind, aber dennoch bei vielen Kranken übereinstimmten, sprechen die erwartungsgemäßen Korrelationen mit Alter, Geschlecht und Familienstand, auf die wir in früheren Untersuchungen bereits hingewiesen haben [9,10]. Die bessere soziale Anpassung der Kranken mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik wurde durch Korrelationen mit dem Familienstand, der Schulbildung, dem sozialen Stand und der negativen Korrelation mit einer sozialen Anpassungsstörung bestätigt. Die Überrepräsentation der Kombination „Hebephren-Defekt“ mit „kein reguläres Einkommen“ und „paranoid-halluzinatorisch“ mit „Rente“ passen zu den allgemeinen Vorstellungen über Erkrankungsalter und präpsychotische Persönlichkeit. Man kann daraus ableiten, daß bei den katatonen Kranken öfter die Krankheit, bei den hebephren Defektkranken das soziale Abgleiten und bei den paranoid-halluzinatorischen Kranken die Reaktionen der Umwelt auf die Symptomatik zur Aufnahme führt. Dies wird auch durch die Kombination mit den Krankheitserscheinungen vor der Aufnahme bestätigt, in der die paranoid-halluzinatorischen Kranken in der Regel nur eine Wahnsymptomatik und/oder Sinnestäuschungen gezeigt hatten. Ganz entsprechend zeigten sich die katatonen Kranken im ersten Jahr am stärksten und die paranoid-halluzinatorischen Kranken am wenigsten verhaltensgestört.

Die niedrigen Korrelationen zwischen „ersten Symptomen“ — die wir in Teil I beschrieben haben — und auch die höheren zwischen den

Symptomen vor der Aufnahme und dem psychiatrischen Befund in der Folgezeit können wohl nur teilweise durch die Methode erklärt werden. Sie weisen auf den mehrfach beschriebenen Symptomwandel schizophrener Psychosen hin [8,11,12]. In unserem Material trat dabei ein Wechsel von katatonen zu Defektsymptomatik und umgekehrt deutlich häufiger auf als von diesen beiden zu paranoid-halluzinatorischer Symptomatik oder umgekehrt. Dies zeigt eine Konstanz der paranoid-halluzinatorischen Symptome an.

### Behandlung

Aus Krankengeschichten und Pflegeberichten ging hervor, daß im ersten Jahr der Unterbringung ein Drittel der später dauerhospitalisierten Schizophrenen überhaupt nicht und beinahe die Hälfte nur unzureichend behandelt worden war; nur 18,5% waren im ersten Jahr ausreichend behandelt worden. Unsere Beurteilung einer ausreichenden Behandlung stellt dabei nach der derzeitigen Meinung der Psychopharmakologen niedrige Anforderungen, so daß sogar eher noch zu viele Kranke als „ausreichend behandelt“ bezeichnet worden sind. Zusammen mit dem Merkmal „ausreichende Frühbehandlung“ aus dem ersten Teil unserer Untersuchung ergibt sich: innerhalb der beiden ersten Krankheitsjahre und im ersten Jahr der Unterbringung wurden nicht einmal 2% der Kranken ausreichend behandelt; 7,3% waren ausreichend frühbehandelt, aber nicht oder unzureichend bei Beginn der Dauerunterbringung behandelt worden und 16,8% waren vermutlich unzureichend in den ersten beiden Krankheitsjahren, jedoch ausreichend zu Beginn der Dauerunterbringung behandelt worden.

Es muß hier betont werden, daß unsere Aussagen nur für dauerhospitalisierte Schizophrene gelten. Es erscheint denkbar, daß gleichzeitig aufgenommene, aber nicht daueruntergebrachte Schizophrene häufiger ausreichend behandelt wurden; die Auswahl der behandelten Kranken nach prognostischen Kriterien, auf die wir unten zu sprechen kommen werden, stützt diese Annahme. Andere Untersuchungen an chronischen Patienten, die methodisch mit unserer nicht verglichen werden können [7,20], sprechen dafür, daß diese Ergebnisse im Prinzip auch für andere Teile der Bundesrepublik zutreffen dürften, zumal die Rate dauerhospitalisierter Schizophrener in allen untersuchten Landeskrankenhäusern etwa gleich groß ist.

Obwohl nach dem großen Übersichtsreferat von Angst nicht mehr daran zu zweifeln ist, daß die somatische Behandlungsverfahren, insbesondere die Pharmako-Therapie, die Hospitalisierungsdauer Schizophrener verkürzt und die Zahl der Klinikentlassungen erheblich vergrößert hat, wurde die überwiegende Zahl der von uns untersuchten,

1957—1959 aufgenommenen und bis 1964 nicht wieder entlassenen Schizophrenen niemals ausreichend behandelt. Die großen therapeutischen Fortschritte der Psychiatrie der letzten 40 Jahre scheinen spurlos an ihnen vorübergegangen zu sein.

Bei der Suche nach den Ursachen dieses Phänomens stößt man zunächst auf den Medikamentenetat.

In den niedersächsischen Landeskrankenhäusern durften 1959 pro Tag und Patient nur 0,15 DM für Medikamente aufgewendet werden [13]. Das kameralistische Verwaltungssystem führte dabei zu seltsamen Verhaltensweisen: so empfahlen z. B. Ärzte den Angehörigen Medikamente in der Apotheke zu kaufen und im Krankenhaus abzugeben; denn obwohl die Medikamente den Angehörigen bei einer Verordnung über das Krankenhaus in Rechnung gestellt worden wären, flossen diese Einnahmen nicht in den Medikamentenetat; die ausreichende Behandlung eines Patienten, selbst wenn die Kosten dafür hereinkamen, konnte so nur zu Lasten der ungenügenden Behandlung anderer erfolgen. Erst seit 1970 gibt es keine offizielle Beschränkung der Arzneikosten mehr [19].

Der Zwang des Medikamentenetats legt es nahe, die Patienten, die behandelt werden sollen, nach prognostisch günstigen Kriterien auszusuchen. Einige unserer Korrelationsberechnungen sprechen dafür: Es wurden jüngere Patienten, Kranke, die vor der Aufnahme noch im Erwerbsleben standen, Patienten mit lebenden Angehörigen und solche Kranke, die Besuch erhielten, häufiger behandelt; umgekehrt wurden Kranke mit langer Dauer der Krankheitszeichen unmittelbar vor der Aufnahme seltener somatisch behandelt. Die Tatsache, daß andere von uns erfaßte, bekannte prognostische Faktoren, wie Zahl der früheren Aufenthalte, sozialer Stand, Schul- und Berufsausbildung, keinen nachweisbaren Einfluß auf die Behandlungshäufigkeit ausübten, könnte dafür sprechen, daß sich die Behandlung weitgehend nach den aktuellen Lebensverhältnissen des Kranken richtete und nicht nach den zurückliegenden prognostischen Faktoren. Die größere Behandlungshäufigkeit von Kranken, die besucht wurden oder lebende Angehörige hatten, spricht im übrigen für eine Apellfunktion durch die Verwandten bei den Besuchen. Die Auswahl von Kranken zur Behandlung nach prognostisch relevanten Kriterien bedeutet für die durch soziale Faktoren hinsichtlich einer Dauerhospitalisierung besonders gefährdeten Kranken eine zusätzliche Benachteiligung, indem ihre Krankheitserscheinungen nicht angegangen wurden.

Trotz des Zwanges, der durch den Medikamentenetat ausgeübt wird, ist die Einstellung der Psychiater für die desolaten Verhältnisse mitverantwortlich. Die Auswahl nach prognostischen Kriterien spricht für eine therapeutische Resignation, die nicht mehr begründet ist, jedoch die Behandlungsergebnisse verschlechtert [1]. Im übrigen dürften nicht nur Medikamentenetat, institutionelle Beengung und personelle Unterbesetzung, sondern auch die Einstellung des Psychiaters entscheidend

für die Behandlungshäufigkeit sein, denn durch elektrokonvulsive Behandlung wäre — auch mit einer Barbituratkurznarkose und Mitigierung durch Succinylcholin — die finanzielle Belastung des Landeskrankenhauses vertretbar gewesen. Unsere Ergebnisse zeigen, daß auch diese Behandlungsverfahren nicht in wesentlichem Umfang angewendet wurden.

Es wurden jedoch nicht nur zu wenig Kranke behandelt, sondern die somatischen Behandlungsverfahren wurden auch falsch eingesetzt: Psychopharmaka wurden meist zur Ruhigstellung und nicht zur Behandlung der Psychose angewandt. Dies geht aus der großen Zahl unzureichend behandelter Kranker und aus der Korrelation zwischen ausreichender Behandlung und den schwersten besonderen Vorkommnissen hervor. Letztere wurden, im Gegensatz zu den sozial wichtigeren anderen Verhaltensstörungen, bevorzugt ausreichend behandelt. Die psychiatrische Symptomatik hingegen korrelierte kaum mit der Behandlung und gar nicht mit der Art der Behandlung: Kranke der Gruppe Hebephren/Defekt wurden etwas seltener und der Gruppe Kataton häufiger behandelt. Die Korrelation ist niedriger als die mit den besonderen Vorkommnissen und läßt vermuten, daß die überdurchschnittliche Behandlungshäufigkeit katatoner Kranker weniger auf deren Symptome als auf ihre Verhaltensstörung zurückzuführen ist. Von den Kranken mit paranoid-halluzinatorischer Symptomatik wurde, wie von allen Kranken, ein Drittel nicht und die Hälfte unzureichend behandelt, obwohl diese Symptomatik für eine medikamentöse Behandlung die besten Erfolge verspricht [1]. Diese Nichtbehandlung Kranker mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen wiegt um so schwerer, als aus unseren Untersuchungen hervorgeht, daß diese Symptome — wenigstens zum Teil unabhängig von sozialen Faktoren — ein erhebliches Risiko der Dauerhospitalisierung mit sich bringen. Mehr noch als bei den Kranken mit anderen Symptomen läßt die unzureichende oder gar fehlende Behandlung von Kranken mit paranoid-halluzinatorischen Symptomen die Frage offen, wie viele von ihnen durch eine ausreichende somatische Behandlung vor der Dauerunterbringung hätten bewahrt werden können.

### Literatur

1. Angst, J.: Die somatische Therapie der Schizophrenie. Stuttgart: Thieme 1969.
2. Benedetti, G., Kind, H., Johansson, A. S.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1956–1961. Fortschr. Neurol. Psychiat. **30**, 341–439, 445–505 (1962).
3. — — Wenger, V.: Forschungen zur Schizophrenielehre 1961–1965. Fortschr. Neurol. Psychiat. **35**, 1–34, 41–121 (1967).
4. Brown, G. W.: Length of hospital stay and schizophrenia: a review of statistical studies. Acta psychiat. scand. **35**, 414–430 (1960).
5. Fischer, F.: Irrenhäuser — Kranke klagen an. München: Desch 1969.

6. Goffman, E.: Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates. Garden City/New York: Anchor Books, Doubleday 1961.
7. Haddenbrock, S., Poeschel, H.: Die chronisch Kranken eines Psychiatrischen Landeskrankenhauses. *Nervenarzt* **34**, 49—55 (1963).
8. Häfner, H., Wieser, St.: Faktorenanalytische Studien zur Formalgenese bestimmter Formen von Schizophrenie. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **190**, 394—428 (1953).
9. Hartmann, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. *Soc. Psychiat. Berl.* **4**, 101—114 (1969).
10. — Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. I. Klinische und soziale Daten bis zum Beginn der Dauerunterbringung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **212**, 382—399 (1969).
11. Huber, G.: Schizophrene Verläufe. *Dtsch. med. Wschr.* **89**, 212—216 (1964).
12. Janzarik, W.: Die Typologie schizophrener Psychosen im Lichte der Verlaufsbetrachtung. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* **202**, 140—154 (1961).
13. Klauss, H.: Zur Rehabilitation psychisch Behinderter. Eine Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des norddeutschen Raumes. Inaugural-Dissertation, Göttingen 1971.
14. Lange, M.: Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie-Kranke. Inaugural-Dissertation, Göttingen 1965.
15. Merguet, H.: Psychiatrische Anstaltsorganisation. Arbeitstherapie, Milieugestaltung, Gruppentherapie. In: H.-W. Gruhle (ed.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. III, S. 75—110. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1961.
16. Mohs, U.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. *Nervenarzt* **37**, 34—36 (1966).
17. Müller, H.-W., Scheurle, G., Engels, G.: Zur Hospitalisierung psychisch Kranker im Rheinland in den Jahren 1962—1965. *Nervenarzt* **41**, 234—246 (1970).
18. Schulte, W.: Klinik der „Anstalts-Psychiatrie. Stuttgart: Thieme 1962.
19. Siede, H.: Persönliche Mitteilung.
20. Veltin, A., Krüger, H., Zumpe, V.: Zur arbeitstherapeutischen Situation langjährig hospitalisierter Patienten im Psychiatrischen Landeskrankenhaus. *Nervenarzt* **41**, 173—177 (1970).

Dr. med. Wolfgang Hartmann  
 Psychiatrische Klinik der Universität  
 D-3400 Göttingen, v. Sieboldstr. 5  
 Deutschland