

Entwicklungstendenzen der intramuralen Psychiatrie zwischen 1867 und 1931

J.-E. Meyer¹ und R. Sprung²

(Unter Mitarbeit von Frau B. Türk)

¹ Psychiatrische Klinik und Poliklinik der Universität Göttingen, von-Siebold-Straße 5,
D-3400 Göttingen, Bundesrepublik Deutschland

² Institut für Rechtsmedizin der Universität Göttingen, Windausweg 2, D-3400 Göttingen,
Bundesrepublik Deutschland

Trends in the Development of Intramural Psychiatry from 1867 to 1931

Summary. A total of 4000 case histories, dating from 1867 to 1871, 1887 to 1891, 1907 to 1911, and 1927 to 1931, from the State Mental Hospital, Göttingen, were evaluated. Age at admission, family status, duration of illness before admission, duration of hospitalization, results on discharge, and, as far as possible, diagnosis and social class were studied.

Results. 1. The 60-year period showed a consistent development toward shorter duration of hospitalization, more frequent readmission, better results on discharge, decreased death rate (particularly in the middle-aged), and a reduced length of illness before admission (only the 1867—1871 group showed different results in various points).

2. Parallel to these developments, an increase of patients in the following diagnostic categories was found: psychopathy/neuroses, alcoholism, and diseases of the aged. The last is related to a higher average age and to the shifting of fatality toward the elderly, acute admissions.

3. Mortality and duration of illness before admission were unrelated to social class; however, patients from the lowest social class were more frequently transferred and discharged less frequently and later. A similar unfavorable situation was found in unmarried compared with married patients.

These findings, showing an improved therapeutic efficiency in intramural psychiatry, occurred at a time when adequate medical treatment, with the exception of some social psychiatric activity, was practically lacking. Possible factors for this development, in particular a lowering of the barrier between the population and mental hospitals, are discussed.

Key words: Duration of hospitalization — Hospital statistics — Moral treatment — Custodial psychiatry.

Zusammenfassung. 4000 Krankengeschichten der Göttinger Anstalt aus den Jahren 1867—1871, 1887—1891, 1907—1911 und 1927—1931 wurden ausgewertet. Aufnahmealter, Personenstand, Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Behandlungsdauer und Entlassungsmodus wurden erfaßt, ferner, soweit möglich, die Diagnose und die soziale Schicht.

Ergebnisse. 1. Im Verlauf dieser 60 Jahre zeigt sich eine gleichmäßige Entwicklung zu kürzeren Behandlungszeiten, häufigerer Wiederaufnahme, besseren Entlassungsergebnissen, Rückgang der Sterblichkeit (vor allem in den mittleren Lebensjahren) und kürzerer Krankheitsdauer vor der Aufnahme. (Nur für die I. Jahresgruppe bestehen in mehrfacher Hinsicht besondere Verhältnisse.)

2. Dieser Entwicklung parallel geht eine Zunahme von Kranken folgender diagnostischer Kategorien: Psychopathien/Neurosen, Alkoholismus, Alterskrankheiten. Mit letzteren hängt das höhere Durchschnittsalter und die Verschiebung der Sterblichkeit auf ältere, kurzfristig aufgenommene Patienten zusammen.

3. Nach der sozialen Schicht ergeben sich keine Unterschiede hinsichtlich Mortalität und Krankheitsdauer vor der Aufnahme, wohl aber wurden Angehörige der Unterschicht häufiger verlegt, seltener und später entlassen. — Eine ähnlich ungünstige Situation fand sich für Ledige im Vergleich zu Verheirateten.

Diese hier ermittelte, verbesserte therapeutische Effizienz intramuraler Psychiatrie betrifft einen Zeitraum, in der adäquate Behandlungsmöglichkeiten, abgesehen von beachtlichen Ansätzen zu sozialpsychiatrischer Aktivität, noch nahezu ganz fehlten. Die möglichen Faktoren dieser Entwicklung, vor allem eine Herabsetzung der Barriere zwischen der Bevölkerung und dem Psychiatrischen Krankenhaus werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Krankenhausaufenthaltsdauer – Hospitalstatistik – Kustodiale Psychiatrie.

Einleitung

Diese Untersuchung beruht auf einer statistischen Auswertung von 4000 Krankengeschichten über einen Zeitraum von 60 Jahren aus dem letzten Drittel des XIX. und dem ersten Drittel des XX. Jahrhunderts. Es handelt sich um alle Krankengeschichten der Patienten aus vier 5-Jahresgruppen, die in den Jahren 1867—1871, 1887—1891, 1907—1911 und 1927—1931 in der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Göttingen (damals zugleich Psychiatrische Universitätsklinik) zur Aufnahme gelangten.

Welche Bedeutung können solche historischen Hospitalstatistiken haben? Sie erlauben, wie wir heute wissen, keine bzw. keine direkten epidemiologischen Aussagen. So haben z. B. Kramer et al. dargelegt, daß Hospitalziffern das Ergebnis so unterschiedlicher Faktoren wie Inzidenz, sozio-ökonomischen und administrativen Bedingungen darstellen, wobei letztere auch die Diagnosenstellung und die Indikation zu klinischer Behandlung beeinflussen. Hinzu kommt die öffent-

liche Einstellung zur psychiatrischen Institution und zur Hospitalisierung als psychisch Kranke.

Auch über die Behandlungsformen und ihre Effektivität sind rückschauend meist nur sehr ungefähre, pauschale Aussagen möglich. Tourney's Studie „a history of therapeutic fashions in Psychiatry, 1800—1966“ lässt deutlich erkennen, daß harte Daten wie die Dauer der stationären Behandlung oft weniger die Wirksamkeit der jeweiligen Therapie widerspiegeln als vielmehr den therapeutischen Optimismus bzw. Pessimismus der Psychiatrie zu dieser Zeit. So wurden zwischen 1784 und 1794 im Bethlem Hospital in London 39%, 1827 in Hartford Retreat 91%, 1912 in New York State Mental Hospitals 22% der Patienten bei der Entlassung als geheilt oder gebessert bezeichnet.

Diese methodischen und interpretativen Schwierigkeiten haben uns veranlaßt, aus der Fülle der gewonnenen Daten bevorzugt über diejenigen zu berichten, die hinreichend exakt erfaßt werden konnten und nach Möglichkeit auch eine plausible Deutung im psychiatrischen und historischen Kontext zulassen.

Methodik

Da es sich bei der Auswertung der noch nahezu vollständigen vorhandenen Krankengeschichten um eine *Vollerhebung* handelt, sind die Ergebnisse unmittelbar interpretierbar, d. h. es ist auf einen statistischen Signifikanztest zu verzichten. Die 4291 Krankengeschichten der o. g. vier 5-Jahresgruppen machten 1874—1891 413, 1887—1891 588, 1907—1911 1049 und 1927—1931 1366 Erstaufnahmen aus. Der Rest der Krankengeschichten betrifft Wiederaufnahmen und Patienten, die zur Begutachtung bzw. kurzfristigen Beobachtung aufgenommen wurden, insgesamt 875. Wir sind dabei so vorgegangen, daß das Archiv des Krankenhauses von 1970 ab rückwärts nach den Patienten durchgemustert wurde, *die in den genannten Jahren zur Aufnahme gelangt waren* (die Krankengeschichten waren nach dem Jahrgang abgelegt, in dem der Patient entlassen oder verstorben war).

Erfaßt wurden u. a. Alter bei der Aufnahme, Geschlecht, Personenstand, Krankheitsdauer vor der Aufnahme, Dauer des stationären Aufenthaltes, ferner wie und wohin die Kranken entlassen wurden. Es wurde versucht, die Patienten in 4 *soziale Schichten* zu unterteilen. Als Beurteilungskriterium diente der Beruf (bei Minderjährigen Beruf des Vaters, bei Hausfrauen des Ehemannes, hilfsweise auch Verpflegungs- und Unterbringungsklasse). Oberschicht: Akademiker, höhere Beamte und Offiziere, Unternehmer; obere Mittelschicht: mittlere Beamte und Offiziere, selbständige Handwerker, Landwirte, Kaufleute; untere Mittelschicht: gelernte Arbeiter, nicht-selbständige Handwerker, untere Beamte, kleine Landwirte, Angestellte; Unterschicht: ungelernte Arbeiter, Tagelöhner, Soldaten und Berufslose.

Hinsichtlich der *Diagnose* ergaben sich besondere Schwierigkeiten, so daß vor 1900 nur unterschieden wurden Melancholie und alle sonstigen endogenen Psychosen, symptomatische Psychosen, luetische Erkrankungen, Alkoholismus, andere Süchte, Erkrankungen im Senium, abnorme Persönlichkeiten bzw. Neurosen, Epilepsie und Oligophrenie. Nach 1900 wurde bei den endogenen Psychosen unterschieden zwischen Zyklothymie, Schizophrenie und nicht näher einzuordnenden Formen. Hinzu kommen für alle Jahrgänge 2 Gruppen, bei denen damals eine Diagnose nicht gestellt oder die damalige Diagnose sich nicht in eine moderne psychiatrische Klassifikation übertragen ließ.

Ergebnisse

Aufenthaltsdauer

Tabelle 1 zeigt von Jahresgruppe I bis IV eine eindeutige Zunahme der kurzfristigen Behandlungen (unter 3 Monaten), die Zahl der über 9 Monate bzw. über 2

Tabelle 1. Aufenthaltsdauer (a = < 3 Mon., b = 3—9 Mon., c = 9—24 Mon., d = > 2 Jahre) der Erstaufnahmen ohne Beobachtungsfälle, gegliedert nach Jahresgruppen: Männer (A); Frauen (B); alle Patienten (C); alle im Krankenhaus Verstorbenen (D)

	a	b	c	d	
<i>A: Männer</i>					
I (1867—1871)	13,5%	26,5%	26,0%	34,0%	100% = 185
II (1887—1891)	24,8	27,0	17,7	30,5	100% = 367
III (1907—1911)	36,5	33,0	16,7	13,8	100% = 600
IV (1927—1931)	55,3	24,3	8,0	12,4	100% = 733
<i>B: Frauen</i>					
I (1867—1871)	7,9%	32,0%	25,4%	34,7%	100% = 228
II (1887—1891)	18,1	26,7	26,7	28,5	100% = 221
III (1907—1911)	37,9	34,3	17,6	10,2	100% = 449
IV (1927—1931)	55,5	23,0	11,7	9,8	100% = 633
<i>C: Alle Patienten</i>					
I (1867—1871)	10,4%	29,5%	25,7%	34,4%	100% = 413
II (1887—1891)	22,3	26,9	21,0	29,8	100% = 588
III (1907—1911)	37,0	33,6	17,1	12,3	100% = 1049
IV (1927—1931)	55,4	23,7	9,7	11,2	100% = 1366
<i>D: Im Krankenhaus Verstorbene</i>					
I (1867—1871)	15,0%	18,0%	22,6%	44,4%	100% = 133
II (1887—1891)	25,1	18,7	22,0	34,2	100% = 187
III (1907—1911)	34,1	17,3	17,3	31,3	100% = 208
IV (1927—1931)	51,0	11,7	12,0	25,3	100% = 300

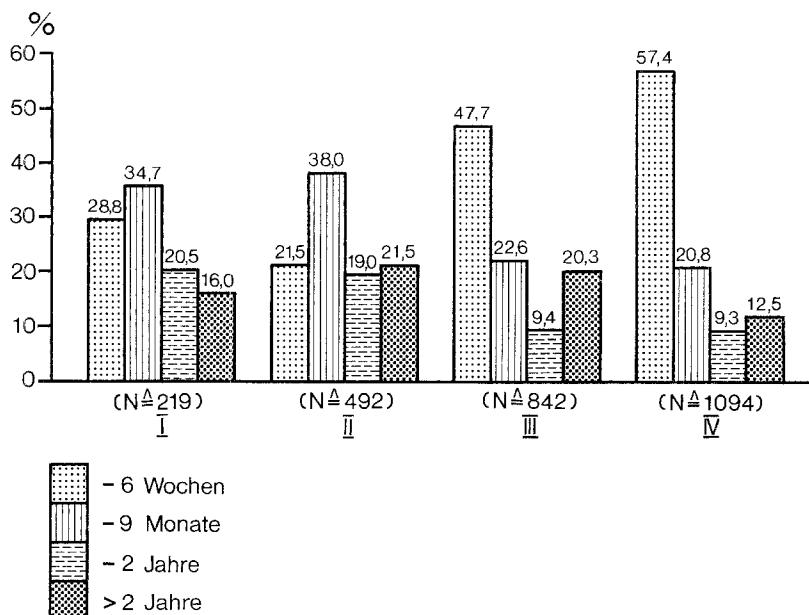
Jahre Hospitalisierten nimmt zugleich innerhalb des gesamten Untersuchungszeitraums ab. Bei der Gruppe b (3—9 Monate) ist ein so einheitlicher Trend nur bei den Verstorbenen erkennbar.

Tabelle 1 D ergänzt das eben Gesagte, indem hier nur die Aufenthaltsdauer der im Krankenhaus verstorbenen Erstaufnahmen erfaßt wurde. Diese Tabelle zeigt, daß unter den Verstorbenen anfänglich die Langzeitpatienten bei weitem die höchste Todesrate hatten. Schon von der II. Jahresgruppe ab nehmen diejenigen Todesfälle zu, welche sich in den ersten 3 Monaten nach Aufnahme ereigneten, sie machen von der III. Jahresgruppe ab den größten Anteil aus und umfassen 1927—1931 über 50% aller Todesfälle. Die Verschiebung zugunsten der Kurz-Hospitalisierung ist vor allem nach 1900 sehr deutlich. Diese Entwicklung in Richtung auf eine „Akut-Klinik“ ist auch daran abzulesen, daß der Anteil der Wiederaufnahmen gleichmäßig ansteigt und sich von der I. zur IV. Jahresgruppe verdoppelt (Tab. 2).

Abbildung 1 gibt Auskunft über den *Beginn der Erkrankung von der stationären Aufnahme*, wie er aus den Aufzeichnungen im Krankenblatt entnommen werden konnte. Hier zeigt sich, daß in der III. Jahresgruppe die akut Erkrankten fast die Hälfte, in der letzten Jahresgruppe sogar 57% der Erstaufnahmen ausmachen, während die mehr als 9 Monate vor der Aufnahme Erkrankten auf fast

Tabelle 2. Anteil der Erst- und Wiederaufnahmen in den vier Jahresgruppen

	Erst- aufnahmen	Wieder- aufnahmen	Alle Aufnahmen
I (1867—1871)	92,2%	7,8%	100% = 448
II (1887—1891)	88,7	11,3	100% = 662
III (1907—1911)	86,1	13,9	100% = 1218
IV (1927—1931)	83,1	16,9	100% = 1642

**Abb. 1.** Beginn der Erkrankung vor Erstaufnahme

die Hälfte zurückgehen. Ein Vergleich von Männern mit Frauen hinsichtlich der Erkrankungsdauer *vor* der Aufnahme ergibt, daß in allen vier Jahresgruppen unter den bis zu 9 Monaten vor Aufnahme Erkrankten die Frauen um 7—15% überwiegen, während bei den länger als 9 Monaten vor der Hospitalisierung Erkrankten der Prozentsatz der Männer höher liegt. Das bedeutet, daß Frauen stets schneller zur Aufnahme gelangten als Männer. Dieses Ergebnis kann aber auch damit zusammenhängen, daß gewisse Erkrankungen, welche bei Männern häufiger vorkommen, wie z. B. Alkoholismus, erst nach längerem Verlauf eine Hospitalisierung erforderlich machen. — Bei einer Analyse der im Krankenhaus *verstorbenen* Erstaufnahmen fanden sich in Jahresgruppe I keine erkennbaren Beziehungen zur Krankheitsdauer vor der Aufnahme; in Jahresgruppe III und IV haben fast die Hälfte der Verstorbenen (44,8 bzw. 48,6%) eine Krankheitsanamnese von nur 4—6 Wochen.

Bemerkenswert ist ferner die enge positive *Korrelation* zwischen *Krankheitsdauer vor der Aufnahme* und *Aufenthaltsdauer* (für alle 4 Jahresgruppen gemeinsam berechnet): Unter den Patienten mit einer Aufenthaltsdauer bis 3 Monate waren diejenigen mit einer maximalen Krankheitsdauer vor der Aufnahme von 6 Wochen überrepräsentiert. Noch deutlicher ist der Zusammenhang bei den über 2 Jahre stationär Behandelten mit einer Krankheitsdauer vor der Aufnahme von über 2 Jahren. Entsprechend fand sich unter den innerhalb von 3 Monaten entlassenen Patienten nur 7,5% mit einer Krankheitsdauer von mindestens 2 Jahre vor der Aufnahme. Dieser Zusammenhang zwischen Krankheitsdauer vor der Aufnahme und Aufenthaltsdauer spiegelt möglicherweise den *Spontanverlauf* der häufigsten Erkrankungen wider.

In Tabelle 3 ist das *Alter der Patienten bei ihrer Erstaufnahme* dargestellt. Die vier Jahresgruppen im 20-Jahresabstand zeigen eine kontinuierliche Zunahme der über 65jährigen von 2,4% auf 11,1%. In der Bevölkerung der Stadt Göttingen betrug der Anteil der über 70jährigen 1875, 1900 und 1905 2,2% bzw. 2,5% bzw. 2,6%. (Eine Stichprobe aus der Reichs-Statistik von 1890 ergibt für die Provinz Hannover einen Wert von 3,8%.) 1933 betrug der Anteil der über 65jährigen in Göttingen 7,5%. Auch wenn diese Bevölkerungsziffern für den Einzugsbereich der Anstalt Göttingen nicht völlig repräsentativ sind, ist ein Vergleich doch zulässig: Der Anteil alter Menschen in der Bevölkerung nahm zwischen 1875 und 1905 nicht zu, während er sich innerhalb der Krankenhauspopulation fast verdreifachte. 1933 divergieren der relative Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung und unter den Anstaltspatienten weniger auffallend.

Berechnet man das Aufnahmedurchschnittsalter aller Patienten der vier Jahresgruppen, so steigt es von 36,4 auf 42,2 Jahre und bei den Verstorbenen von 40,6 auf 53,6 Jahre (Tab. 4).

Tabelle 3. Alter der Patienten bei der Erstaufnahme

	Aufnahmealter (Jahre)					
	0—24	25—34	35—44	45—54	55—65	>65
I (1867—1871)	21,3%	26,9%	25,4%	18,0%	6,0%	2,4%
II (1887—1891)	15,8	27,9	27,0	15,7	8,2	5,6
III (1907—1911)	21,6	23,5	22,5	14,6	10,8	7,0
IV (1927—1931)	15,4	22,9	21,8	15,8	13,0	11,1
					100% =	413
					100% =	588
					100% =	1049
					100% =	1366

Tabelle 4. Durchschnittsalter bei Aufnahme aller Patienten (Erst- und Wiederaufnahme) — Aufnahmealter der Verstorbenen

	Alle Patienten	Nur Tote
I (1867—1871)	36,4 Jahre	40,6 Jahre
II (1887—1891)	37,9	44,3
III (1907—1911)	39,2	48,7
IV (1927—1931)	42,2	53,6

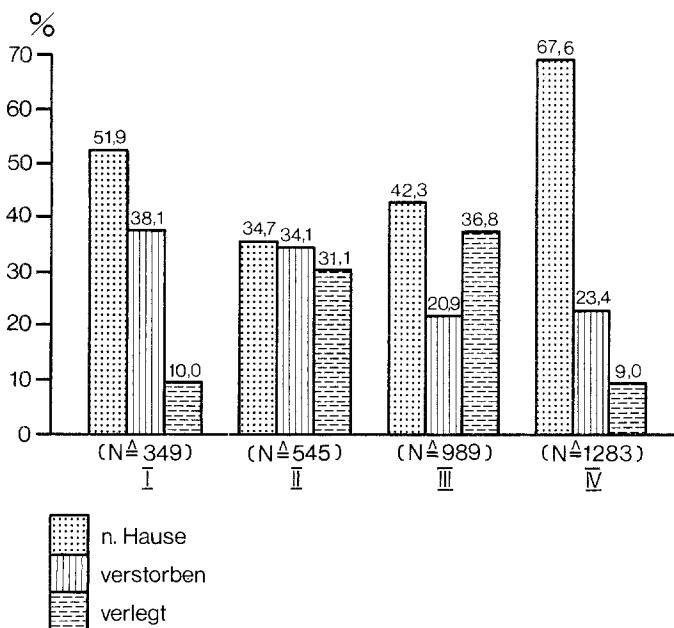


Abb. 2. Ende der Ersthospitalisierung, gegliedert nach entlassen nach Hause, verstorben, verlegt

Tabelle 5. Aufnahmealter der Verstorbenen, gegliedert nach Jahresgruppen

	Aufnahmealter (Jahre)			100% =
	< 24	25–54	> 55	
I (1867–1871)	9,7%	79,7%	10,5%	133
II (1887–1891)	7,0	69,5	23,5	187
III (1907–1911)	6,3	54,8	38,9	208
IV (1927–1931)	4,3	45,0	50,7	300

Entlassung aus stationärer Behandlung

Es wurde zwischen Patienten unterschieden, die nach Hause entlassen, verlegt wurden oder verstarben. Bei der Analyse des *Alters* bei der Erstaufnahme der im Krankenhaus *Verstorbenen* ergibt sich — bei einer allgemeinen Abnahme der Sterberate in 60 Jahren von 38,1 auf 23,4% (Abb. 2) — als auffallendstes Resultat ein Rückgang der Sterblichkeit der *in den mittleren Lebensjahren* Aufgenommenen während des gesamten Untersuchungszeitraums. Tabelle 5 zeigt dazu: die im Alter zwischen 25 und 54 Jahren Hospitalisierten machten in I 79,7%, in II 69,5%, in III 54,8% und in der Gruppe IV 45% der Verstorbenen aus. Entsprechend erhöhte sich der Anteil derjenigen Patienten, die mit einem Erstaufnahmealter von 55 Jahren und darüber im Krankenhaus verstarben, von 10,53 in I über 23,5% und 38,9% auf 50,7% in Gruppe IV. Letzteres spiegelt u. a. die in der Tabelle 3 erkennbare Zunahme der Alterspatienten wider.

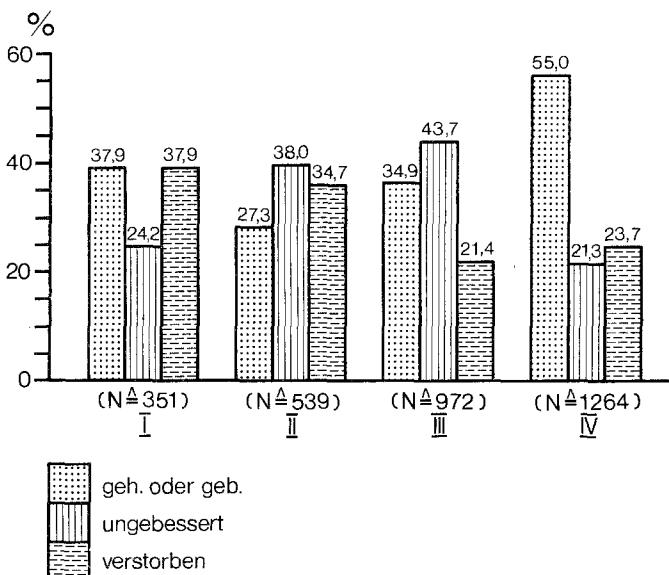


Abb. 3. Zustand bei der Entlassung bzw. Sterberate

Zustand bei der Entlassung

Es wurden unterschieden: geheilt/gebessert, ungebessert, verstorben. Diese Einteilung stellt hinsichtlich „geheilt/gebessert“ und „ungebessert“ natürlich nur eine relativ unscharfe Differenzierung dar. Abbildung 3: in Jahresgruppe I ist der Anteil der geheilt/gebesserten und der verstorbenen Patienten gleich groß. Von der II. Jahresgruppe an beginnt eine gleichmäßige Verbesserung der therapeutischen Situation insofern, als ein Rückgang der Verstorbenen (von 34,7 auf 23,7%) und eine Zunahme der Geheilten/Gebesserten (von 27,3 auf 55,0%) zu verzeichnen ist. Dies entspricht generell den Ergebnissen der Tabelle 1 und der Abbildung 2. Schwer zu deuten bleibt, warum der Prozentsatz der ungebessert Entlassenen, d.h. verlegten Patienten gerade in der II. und III. Jahresgruppe einen so hohen Anteil erreichte.

Über den sozialen Status der Patienten waren nur wenige Aussagen möglich: Oberschicht und obere Mittelschicht bleiben mit ca. 9 bzw. 20% relativ stabil; die untere Mittelschicht schwankt um 40% und die Unterschicht liegt in den letzten 3 Jahresgruppen um 30%. In der I. Jahresgruppe dagegen sind die beiden oberen Schichten stärker (13 bzw. 27%), die Unterschicht mit 20% deutlich geringer vertreten. In allen Fünfjahresgruppen ($N = 2934$) sind die Angehörigen der Unterschicht bei einem Aufnahmearter bis zu 34 Jahre überrepräsentiert, während die Oberschicht und obere Mittelschicht ab 55 Jahren häufiger aufgenommen wurde.

Hinsichtlich des Entlassungsmodus wurden die Angehörigen der Unterschicht im Verhältnis zu den 3 höheren Schichten seltener nach Hause entlassen und erheblich häufiger verlegt oder überführt (letzteres bedeutet in Armenhäuser oder Heime, ersteres in andere Anstalten oder Krankenhäuser). Die Angehörigen der Unterschicht waren dementsprechend unter den ungebessert Entlassenen überrepräsentiert. — Bei den Verstorbenen zeigten sich bemerkenswerterweise keine Ungleichverteilungen. Zwischen 24 und 28% aus allen Schichten verstarben im Krankenhaus. Auch die Krankheitsdauer vor Erstaufnahme war schicht-

unabhängig mit fast identischen Werten. So fand sich z. B. eine Krankheitsdauer vor Aufnahme bis zu 6 Wochen bei 45—49% aller Schichten. Was die Behandlungsdauer anbelangt, so ergibt sich erneut eine Sondersituation für die Unterschicht, in dem sie im Gegensatz zu den 3 höheren Schichten seltener kurz und häufiger langfristig hospitalisiert bleibt.

Geschlechtsverteilung

Mit Ausnahme der I. Jahresgruppe kamen mehr Männer als Frauen zur Aufnahme (Tab. 1A und B); dieser Unterschied war in der II. Jahresgruppe besonders ausgeprägt und nahm bis zur IV. wieder ab (Abb. 4, links). Betrachten wir in Ergänzung dazu die Geschlechtsverteilung der Verstorbenen (Abb. 4, rechts), so ergibt sich eine in der I. und II. Jahresgruppe sehr deutliche, erst in der IV. nahezu aufgehobene Übersterblichkeit der Männer, welche möglicherweise mit einer größeren Häufigkeit luetischer Erkrankungen in Zusammenhang zu bringen ist. Dieser Befund ist von besonderem Interesse; denn nach den Bettenzahlen gab es in allen 4 Jahresgruppen mehr Betten für Frauen als für Männer: diese betrugen 1866 für ♂: 100; für ♀ 125 — 1891 für ♂ 152; für ♀ 235 — 1911 für ♂ 246; für ♀ 275 (diese Zahl blieb in der letzten 5-Jahresgruppe unverändert). Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen bei der Aufnahme entspricht also lediglich in der I. Jahresgruppe den verfügbaren „männlichen“ und „weiblichen“ Betten. Dann kommt es zu dem deutlichen, in der II. Gruppe mit 62,4:37,6% besonders auffallenden Überwiegen der Männer im Widerspruch zur Betten-

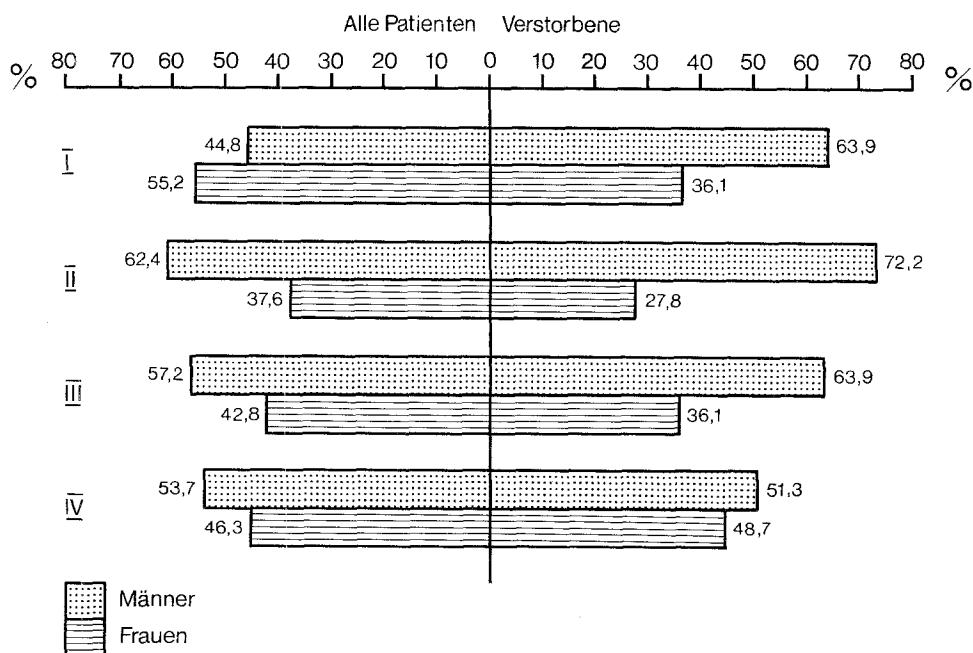


Abb. 4. Geschlechtsverteilung aller Aufnahmen

relation, aber in Übereinstimmung mit ihrer Übersterblichkeit. — Auch in der Heidelberger Klinik wurden nach 1867 stets mehr Männer als Frauen behandelt [5].

Die uns verfügbaren Zahlen für den Regierungsbezirk Hannover (1871 und 1933) und für die Stadt Göttingen (1871, 1880 und 1900) zeigen übereinstimmend, daß die Geschlechtsrelation in der Bevölkerung höchstens Unterschiede bis zu 3% aufwies — mit Ausnahme der IV. Jahresgruppe überwogen dabei die Männer mit 50,2—51,8%.

Bei einem Vergleich von Männern und Frauen aller vier Jahresgruppen hinsichtlich des Aufnahmalters ergab sich ein Überwiegen der Männer unter 24 Jahren (δ 18,8%; φ 13,6%) und ein Überwiegen der Frauen über 65 Jahren (δ 6,4%; φ 10,0%).

Personenstand

Entsprechend dem geringen Anteil an Alterskranken und der Seltenheit von Ehescheidungen war der Anteil geschiedener bzw. verwitweter Patienten gering und stieg im Laufe von 60 Jahren nur von 10,3 auf 14,2%. Bemerkenswert ist im übrigen der von der II. Jahresgruppe an steigende Anteil Verheirateter, die in der IV. Gruppe die Zahl der Ledigen mit 46,6:39,2% übertrafen (Abb. 5).

Wie Tabelle 6 belegt, werden mehr Ledige später und viel mehr Verheiratete früher aus dem Krankenhaus entlassen, während bei den Verwitweten/Geschiedenen nur ein geringes Überwiegen der längeren Aufenthaltsdauer festzustellen ist. Ein wesentlicher Unterschied für die Zeit vor und nach 1900 ist dabei nicht erkennbar. Im Vergleich zu der Personenstandsaufschlüsselung der Volkszählung von 1880 und 1905 besteht im Krankenhaus eine Überrepräsentation verwitweter Personen, vor allem verwitweter Männer. Auffallend ist ferner, daß im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung erheblich mehr Verheiratete als Ledige zur Aufnahme kommen.

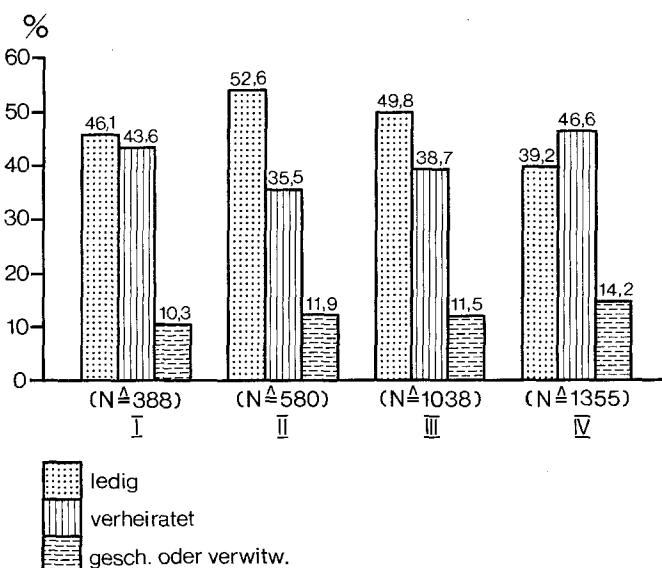


Abb. 5. Personenstand

Tabelle 6. Aufenthaltsdauer — Personenstand aller Jahresgruppen

	Aufenthaltsdauer (Monate)			
	< 3	3—9	9—24	> 24
Ledig	39,7%	47,3%	48,1%	58,0%
Verheiratet	49,4	41,6	37,9	28,4
Geschieden und verwitwet	10,9	11,1	14,0	13,6
N = 3361	100% = 1301	100% = 945	100% = 531	100% = 584

Diagnose

Zur Bestimmung möglicher Häufigkeitsveränderungen sind wir in Ermangelung anderer Vergleichsmöglichkeiten davon ausgegangen, inwieweit die absoluten Zahlen in den einzelnen Diagnosegruppen der Zunahme der Betten entspricht. Das Verhältnis der Bettenzahlen zwischen I. und III. bzw. IV. Jahresgruppe betrug 1:2,3. Unter diesem Gesichtspunkt sind folgende Befunde in der diagnostischen Zusammensetzung vor und nach 1900 erwähnenswert: die Zahl der *damals* diagnostisch ungeklärten Patienten blieb (immer in Relation zur Bettenvermehrung) unverändert, gleiches gilt für die Lues; die Zahl der endogenen Psychosen (unter Ausschluß der Melancholie) vor 1900 und der Schizophrenie nach 1900 lag etwas unter dieser Meßziffer. Letzteres dürfte darauf zurückzuführen sein, daß die richtige Einordnung der *damals* verwendeten diagnostischen Nomenklatur nach 1900 eindeutiger möglich war. Auffallend ist der Anstieg der Psychopathen/Neurotiker nach 1900 um das 13fache, der Alterskranken um das 5fache und der Alkoholiker um das 4fache.

Besprechung der Ergebnisse und Diskussion

Der unmittelbare Anlaß zu dieser Untersuchung war der interessante, von Savino und Brody an dem ersten Psychiatrischen Krankenhaus in Kalifornien (Stockton) erhobene Befund, daß es in der Zeit, die in der Geschichte der Psychiatrie als „moral treatment“ bekannt geworden ist, zu einer auffallenden Verkürzung der Behandlungszeiten gekommen war. Die Verfasser untersuchten die wichtigsten Variablen, einschließlich der Diagnosen, zwischen 1852 und 1954 in 5 Jahresgruppen unterschiedlicher Länge und kamen für beinahe alle Altersgruppen mit Ausnahme des Seniums zu dem Resultat, daß sich *vor* 1875 kürzere Behandlungszeiten finden als zwischen 1875 und 1920, während — dies in Übereinstimmung mit unseren Resultaten — die Sterberate kontinuierlich abnimmt.

Die „moral treatment“ war durch eine psychologische und humanitäre Einstellung charakterisiert, welche viele Parallelen zu modernen sozialpsychiatrischen Prinzipien erkennen läßt, etwa zur Milieutherapie oder zur therapeutischen Gemeinschaft. Die Berichte von Dr. Reid, dem ersten Direktor von Stockton, die er 1853 und 1854 für das Parlament verfaßte, verdeutlichen das Konzept, welches der „moral treatment“ zugrunde lag: „Insanity should receive moral as well as medical treatment. Many cases recover without much medicine. The great object is to support the system, to compose the mind and induce sleep. Pecuniary disappointments, reverses

of fortune, domestic trouble, sorrow and anguish, melancholy, fear and intense anxiety, disturb the health operations of the brain, and, by continued action, produce disease“.

Savino führt das Ende der „moral treatment“ und den Übergang in die kustodiale Phase auf die Überfüllung des Hospitals durch eine schnell wachsende Bevölkerung mit einer großen Zahl verarmter Einwanderer zurück. Stockton, welches um 1850 150 Patienten beherbergte, hatte 1869 bereits 920 Patienten. Dadurch wurde das Behandlungssystem der „moral treatment“ undurchführbar. Therapeutische Resignation breitete sich aus und mit ihr eine kustodiale Einstellung. Ähnlich beschreibt auch Rosen, wie in den USA zwischen 1850 und 1890 mit der Entwicklung großer Anstalten der „cult of curability“ erlahmte und die Auffassung von der Bedeutung sozialer und psychologischer Erkrankungen zurücktrat. Auch Tourney betont in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Vergrößerung der Anstalten. Dabei hebt er jedoch hervor, daß für diesen Wandel letztlich die veränderte ätiologische Einstellung zu den Geisteskrankheiten entscheidend war. Sie wurden nunmehr grundsätzlich als Gehirnkrankheiten angesehen.

Gerade unter diesem Gesichtspunkt gewinnen die hier mitgeteilten Ergebnisse besondere Bedeutung; denn L. Meyer, der erste Direktor der Göttinger Anstalt, war wie Griesinger hinsichtlich der Ursachen psychischer Erkrankungen ein überzeugter Somatiker, aber zugleich ein entschiedener Reformer der bestehenden Anstaltsverhältnisse [1]. Seine erste Vorlesung 1866 in Göttingen beginnt mit den Worten: „Uns gehen die psychischen Vorgänge nur insoweit an, als sie von körperlichen Zuständen beeinflußt werden oder körperliche Zustände setzen können.“

Unsere Resultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Es besteht ein kontinuierlicher Trend zu kürzerer Behandlungsdauer und zur vermehrten Aufnahme von Patienten mit kurzer Krankheitsanamnese. Zu dieser — unter drei Anstaltsleitern — über 60 Jahre anhaltenden Entwicklung gehört ferner die Abnahme von langfristig hospitalisierten Patienten: Die innerhalb 3 Monaten entlassenen Patienten machen zwischen 1867 und 1871 14%, zwischen 1927 und 1931 55% aus, und umgekehrt betrug der Anteil der über 2 Jahre Hospitalisierten in der ersten Jahresgruppe 35% und in der letzten 10%. Gleichzeitig nahm die Zahl der Wiederaufnahmen zu und der Anteil der geheilt/gebessert Entlassenen gegenüber den Ungebesserten. Diesem günstigen Trend entspricht die durchgehende Abnahme der Todesrate. Besonders auffallend ist dabei der Rückgang der Sterblichkeit der im Alter zwischen 25 und 44 Jahren Aufgenommenen, speziell auch der Übersterblichkeit unter den Männern.

Bei einigen Parametern zeigt sich eine *Sonderstellung für die I. Jahresgruppe*, welche 1 Jahr nach Eröffnung der Anstalt beginnt. Diese betrifft: das Erkrankungsalter vor der Aufnahme, den Verlegungsmodus, die soziale Schicht, das Ergebnis bei der Entlassung und die Geschlechtsrelation. Verschiedene Faktoren werden dafür maßgeblich sein: Ein Überhang an behandlungsbedürftigen Patienten in der Region, ein entsprechend hoher Aufnahmedruck und wahrscheinlich auch ein besonderes therapeutisches Engagement der an der neuen Anstalt Tätigen.

Wie sind diese relativ konsistenten Ergebnisse zu erklären? Sie stammen aus einer Zeit, in der aus heutiger Sicht so gut wie *keine* biologisch wirksamen Therapieformen für die endogenen Psychosen und (mit Ausnahme der letzten Jahresgruppe) für die Lues zur Verfügung standen. Es gab jedoch erste sozialpsychiatrische Aktivitäten wie Arbeitstherapie (ein entsprechender Hinweis auf Göttingen

findet sich bei Hermann Simon) und eine „Ökonomie“ nach Art der agrikolen Kolonien, später auch Familienpflege.

Zunächst ist der Einwand zu prüfen, ob die verbesserte therapeutische Effizienz des Krankenhauses nicht einfach auf die Tatsache zurückzuführen ist, daß in dessen Einzugsgebiet die Bevölkerung in diesen 60 Jahren schneller als die Bettenzahl zunahm, wodurch die Aufnahme akuter Fälle und eine raschere Entlassung notwendig wurden. Abgesehen davon, daß der in Abbildung 3 deutliche Trend hinsichtlich des Entlassungsmodus gegen diese Annahme spricht, ergab sich bei einem Vergleich der Bevölkerungszunahme der Stadt Göttingen, der Vermehrung der Krankenhausbetten und der Aufnahmefrequenz folgendes: von 1871—1925 wuchs die Bevölkerung der Stadt von 15 852 auf 41 496, d. h. um das 2,6fache. Die Bettenzahl stieg bis zur III. Jahresgruppe um das 2,3fache und veränderte sich in den nächsten 20 Jahren nicht mehr. Im Jahre 1871 z. B. kamen 80 und 1927 342 Kranke zur Aufnahme: ein Verhältnis von 1:4,2. Alle Erstaufnahmen (ohne Beobachtungsfälle) nahmen von der I. bis zur IV. Jahresgruppe um das 3,2fache zu. Das bedeutet, daß die Verbesserung der therapeutischen Situation nicht allein oder hauptsächlich durch die Bevölkerungszunahme im Einzugsgebiet erklärt werden kann; denn, während der Bevölkerungszuwachs auf das 2,6fache und die Vermehrung der Betten auf das 2,3fache nahezu identisch sind, erhöhte sich die Aufnahmefrequenz mit 3,2 bzw. 4,2 stärker.

Die Übereinstimmung hinsichtlich kürzerer Behandlungsdauer und günstigerem Behandlungsresultat kann auch nicht allein mit einem therapeutischen Optimismus erklärt werden; denn die Tatsache einer Verkürzung der Erkrankungsdauer vor Ersthospitalisierung läßt sich damit nicht direkt in Zusammenhang bringen. — Die Abnahme der Todesrate, vor allem in den jüngeren Jahrgängen, ist unschwer aus der verbesserten Verhütung und Behandlung der Infektionskrankheiten, speziell der Tuberkulose, zu erklären.

Die hier gewonnenen Resultate, welche insgesamt als Entwicklung in Richtung auf eine Akut-Klinik zu bezeichnen sind, wird man — bei fast völligem Fehlen adäquater Behandlungsmethoden für die große Mehrzahl der Patienten! — am ehesten auf eine veränderte Einstellung gegenüber der Institution „Provinzial Heil- und Pflegeanstalt“ zurückzuführen haben. Dazu paßt die Verkürzung der Erkrankungsdauer vor Erstaufnahme, die Verdoppelung der Wiederaufnahmen, schließlich der Wandel in der Zusammensetzung des Krankengutes: nach 1900 werden 4mal mehr Alkoholkranke, 5mal mehr Alterskranke und 13mal mehr Psychopathen bzw. Neurotiker aufgenommen. So scheint uns, daß unsere Ergebnisse in erster Linie darauf beruhen, daß die *Barriere* zwischen der Gesellschaft und dem Psychiatrischen Krankenhaus in dieser Zeit schrittweise abgebaut wurde. In diesem Sinne ist wohl auch das Ansteigen des Aufnahmeealters und die Verschiebung der Todesfälle in das höhere Lebensalter zu deuten. Die Einweisung eines älteren oder alten Familienangehörigen in die Anstalt wurde offenbar zunehmend weniger als diskriminierend empfunden und d. h. der Krankenhauscharakter der Anstalt akzeptiert.

Unsere Resultate lassen im übrigen auch einen Einfluß der Schichtzugehörigkeit auf den Ablauf und das Ergebnis stationärer Behandlung erkennen, indem die Angehörigen der untersten Sozialschicht (jedoch nur diese) häufiger verlegt bzw. überführt, seltener nach Hause entlassen wurden, öfter ungebessert blieben

und eine längere Aufenthaltsdauer zeigten. Zwischen den von uns gebildeten 4 sozialen Schichten gab es dagegen keine Unterschiede hinsichtlich der Mortalität und der Erkrankungsdauer vor der Hospitalisierung. In der Schichtverteilung der Patienten spiegeln sich auch sozio-ökonomische Verhältnisse und ihr Wandel, ohne daß sich deren Anteil allerdings exakt bestimmen ließe. Hingewiesen sei nur auf folgende Tatbestände: Einmal auf den Wandel der ökonomischen und sozialen Struktur Göttingens im Gefolge der Industrialisierung, die in den Untersuchungszeitraum fällt [3]; zum anderen auf die konjunkturellen Schwankungen, wie die Gründerkrise 1873/1874 mit der anschließenden sog. Großen Depression (bis ca. 1895) und die Weltwirtschaftskrise ab 1929 [12], ferner auf die Inflation 1920/1923.

Steht das Ergebnis dieser Untersuchung im Widerspruch zu unserer Studie [6] an schizophrenen und depressiven Patienten der Münchner Universitätsklinik und des Nervenkrankenhauses München-Haar zwischen 1930 und 1960? Dort haben wir an drei Zeitabschnitten (vor und nach Einführung von Insulinkoma-bzw. Elektroschockbehandlung und nach dem Beginn der Pharmakotherapie) zeigen können, daß es in *zwei Schritten* durch die Schockbehandlungen und die Psychopharmaka zu einem eindrucksvollen Wandel der therapeutischen Situation kam. Dieser geht — das läßt sich trotz der Unterschiede im methodischen Ansatz deutlich erkennen — über die *kontinuierliche* Verbesserung der vorausgehenden 60 Jahre deutlich hinaus. Dafür nur eine Zahl: in Göttingen hat sich der Prozentsatz der ungebesserten Patienten in 60 Jahren von 37,9 auf 23,7% reduziert, während im Nervenkrankenhaus München-Haar in 30 Jahren der Anteil der ungebesserten Schizophrenen von 64% auf 12%, der ungebesserten Depressionen von 56,5 auf 6% sank.

Der ungünstige Einfluß des u. a. von Savino beschriebenen Umschlags von moral treatment in die kustodiale Phase ist an unseren Ergebnissen nicht mehr erkennbar, die Einschätzung in „gebessert/geheilt“ oder „ungebessert“ geht — bei allen methodischen Bedenken — mit der Behandlungsdauer und der Erkrankungsdauer vor Aufnahme parallel. Dabei erfolgte hier wie in Stockton und wohl überall eine Vergrößerung des Krankenhauses: Bei der Eröffnung 1866 hatte die Göttinger Anstalt 225 und 1928 521 Betten.

Zu diesem für Göttingen nachweisbaren günstigen Profil der Entwicklung der intramuralen Psychiatrie zwischen 1867 und 1931 könnte allerdings auch eine Patientenselektion beigetragen haben: Die — von Anfang an bestehende — Lehrverpflichtung der Universitätsklinik mag zur bevorzugten Aufnahme akut Kranker geführt haben, wie dies von Griesinger ausdrücklich gefordert wurde, und hat wohl auch, um aufnahmefähig zu bleiben, eine relativ rasche Entlassung zur Folge gehabt. In die Besserung der therapeutischen Situation aber dürfte auch eingehen, daß die wissenschaftliche Psychiatrie zu dieser Zeit erstmals propagierte, psychisch Kranke körperlich Kranken gleichzustellen. Diese Gleichsetzung und die ihr entsprechende Abnahme des Vorurteils gegenüber psychisch Kranken haben nach unseren Erhebungen mit ähnlichem Erfolg einen Beitrag zur Verbesserung der intramuralen Betreuung erbringen können wie die „moral treatment“. Die übliche Gegenüberstellung von „moralischer“ und kustodialer Psychiatrie scheint eine zu pauschale Alternative.

Wir danken Herrn Professor Venzlaff, dem Direktor des Nds. Landeskrankenhauses Göttingen, für sein Interesse an der Durchführung der Untersuchung und Herrn P. D. Dr. rer. nat. Pudel für die methodische Beratung. Vergleichszahlen der Bevölkerung wurden uns vom Statistischen Amt der Stadt Göttingen und vom Nds. Landesverwaltungsamt — Statistik — freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

Literatur

1. Dörner, K.: *Bürger und Irre*. Frankfurt: Europ. Verlagsanstalt 1969
2. Griesinger, W.: Weiteres über Psychiatrische Cliniken. *Arch. f. Psychiatr.* **1**, 500—504 (1868/1869)
3. Haubner, K.: Die Stadt Göttingen im Eisenbahn- und Industriezeitalter. (Schr. d. Wirtsch. wiss. Ges. zum Studium Nied. Reihe A I, Bd. 75). Hildesheim: A. Lax 1964
4. Kramer, M., Goldstein, H., Israel, R., Johnson, N.: A historical study of the disposition of first admissions to a State Mental Hospitals. *Public Health Mon.* Nr. 32. Washington: US Gov. Off. 1955
5. Meyer, H. H., Böttinger, R.: Klinisch-statistischer Bericht über das Krankengut der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Universität Heidelberg. *Arch. Psychiatr.* **196**, 4—26 (1957)
6. Meyer, J. E., Simon, G., Stille, D.: Die Therapie der Schizophrenie und der endogenen Depression zwischen 1930 und 1960. *Arch. Psychiatr.* **206**, 165—179 (1964)
7. Meyer, L.: Die Provinzial-Irrenanstalt zu Göttingen. Göttingen: Vandenhoeck u. Ruprecht 1891
8. Rosen, G.: *Madness in Society*. Chicago: Univ. Chicago Press 1969
9. Savino, M., Brody, St.: Discharge and death rates in California State Hospitals: 1852—1954. *Arch. Gen. Psychiatr.* **15**, 475—486 (1966)
10. Savino, M., Mills, A.: The rise and fall of Moral Treatment in California. *Psychiatry*: 1852—1870. *J. History Behav. Sci.* **3**, 359—369 (1967)
11. Simon, H.: Aktive Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Berlin u. Leipzig: de Gruyter 1929
12. Spiethoff, A.: Die wirtschaftlichen Wechsellagen. 2. Bd. Tübingen-Zürich: Moor 1955
13. Tourney, G.: A history of therapeutic fashions in Psychiatry, 1800—1966. *Amer. J. Psychiatr.* **124**, 784—796 (1967)

Eingegangen am 7. Januar 1977