

Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen*

I. Klinische und soziale Daten bis zum Beginn der Dauerhospitalisierung

WOLFGANG HARTMANN

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

Eingegangen am 25. Juli 1969

Investigations of Schizophrenics after Long Term Hospitalisation

I. Clinical and Social Data before Long Term Hospitalisation

Summary. This study completes an earlier investigation of simple social characteristics of about 1400 long term hospitalized schizophrenics. Clinical and social data are reported from the 232 last admitted patients of the total group.

Results: 1. 84% of the patients showed delusions/hallucinations and/or aggressive behaviour before the last admission. A possible connection between the high rate of aggressive behaviour and the law for legal admission is discussed.

2. There was a significant correlation between early treatment (in the first two years of illness) and the risk of long term hospitalization. Only 10% of the long term hospitalized schizophrenics were treated early enough.

When treatment was sufficiently early long term hospitalization was avoided until a later admission.

3. The number of previous admissions was correlated with the criteria "not single", "no mental deficiency", "learned profession", "first symptoms between 25 and 39 years of age", "delusions/hallucinations as first symptoms", "sufficient early treatment", "short duration of symptoms before the last admission".

4. Corresponding to anglo-american investigations most of the long term hospitalized schizophrenics at Mental Hospitals belonged to the lower social classes. There was some evidence of a connection between the kind of treatment and the social class of the patient.

Key-Words: Schizophrenics from Long Term Hospitalisation — Clinical and Social Data before Long Term Hospitalisation — Correlations between Early Treatment and Late Long Term Hospitalisation.

Zusammenfassung. In Ergänzung einer an einfachen sozialen Daten orientierten Analyse bei fast 1400 dauerhospitalisierten Schizophrenen wird hier über klinische und soziale Merkmale der 232 zuletzt aufgenommenen Kranken dieser Gruppe berichtet.

Ergebnisse: 1. Vor der letzten Aufnahme hatten 84% der Kranken Wahn/Sinnestäuschung und/oder Aggressionen gezeigt. Es wird diskutiert wieweit der hohe Prozentsatz der Aggressivität mit den Kriterien des Unterbringungsgesetzes zusammenhängt.

* Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

2. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen Frühbehandlung (innerhalb der ersten zwei Krankheitsjahre) und dem Risiko einer Dauerunterbringung. Nur 10% der dauerhospitalisierten Schizophrenen waren ausreichend frühbehandelt worden. Bei ausreichender Frühbehandlung wurde die Dauerhospitalisierung erst bei einer späteren Aufnahme notwendig.

3. Die Zahl der stationären Behandlungen korrelierte positiv mit den Kriterien „nicht ledig“, „nicht minderbegabt“, „erlernter Beruf“, „Krankheitsbeginn zwischen 25 und 39 Jahren“, „Wahn/Sinnestäuschung als erste Symptome“, „ausreichende Frühbehandlung“, „kurze Symptomdauer vor der letzten Aufnahme“.

4. In Übereinstimmung mit angelsächsischen Literaturangaben zeigte sich, daß die in den Landeskrankenhäusern langjährig hospitalisierten Schizophrenen ganz überwiegend den unteren sozialen Schichten angehörten. Es ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß die Art der Behandlung von der sozialen Schicht des Kranken abhing.

Schlüsselwörter: Schizophrene mit langjähriger Hospitalisierung — Klinische und soziale Korrelationen vor Dauerhospitalisierung — Frühbehandlung und späte Dauerhospitalisierung.

Jedes vierte psychiatrische Krankenhausbett ist von einem langjährig untergebrachten Schizophrenen belegt. Trotzdem ist unser Wissen über das für eine Dauerunterbringung verantwortliche Zusammenspiel klinischer und sozialer Faktoren bisher gering. Wir bemühten uns aus den Krankengeschichten von 232 langjährig untergebrachten Schizophrenen detailliertere Daten zu ermitteln, als dies bei der vorangehenden Untersuchung an 1400 Patienten möglich war [8, 15].

Methodik

In den früheren Untersuchungen waren alle Schizophrenen in 6 niedersächsischen Landeskrankenhäusern erfaßt worden, die am 15.10.1964 mindestens 5 Jahre ohne Unterbrechung hospitalisiert waren [8, 15]. Aus diesen beinahe 1400 Patienten wählten wir alle Kranken aus, die 1957—1959 aufgenommen worden waren; es handelte sich um 110 Männer und 122 Frauen. Das Jahr 1959 wurde dabei wegen des Stichtages nur bis Mitte Oktober berücksichtigt. Zwischen April und September 1967 untersuchten wir die Kranken und entnahmen dabei den Krankengeschichten klinische und soziale Angaben¹. Das Ergebnis dieser Untersuchung und die Daten, die die letzte Hospitalisierung betreffen, werden in Teil II mitgeteilt werden. Durch Fragebogen mit vorgegebenen Antworten und zusätzlichen freien Antwortmöglichkeiten wurde die Auswertung standardisiert. Der Entwurf des Fragebogens war zuvor an den 1955 und 1956 aufgenommenen Kranken des Landeskrankenhauses Göttingen erprobt worden. Die Verwendung von nicht für wissenschaftliche Zwecke von verschiedenen Ärzten verfaßten Krankengeschichten verlangte die Beschränkung auf möglichst „harte“ Daten; auch mußten wir eine, von Merkmal zu Merkmal wechselnde, Anzahl unbekannter Antworten in Kauf nehmen. Um den Zusammenhang zwischen zwei verschiedenen Merkmalen zu überprüfen, stellten wir fest, wie häufig die Ausprägungen des einen mit welchen Ausprägungen des anderen Merk-

¹ Den Herren Medizinaldirektoren Prof. Dr. Dr. Kloos, Göttingen, Dr. Bach, Hildesheim, Dr. Franke, Königslutter, Dr. Steuber, Lüneburg, Dr. Jahnke, Moringen und Dr. Reinhardt, Wunstorf, danke ich für ihre freundliche Unterstützung.

males auftraten. Von dieser Kombinationsmatrix berechneten wir den Chi-Quadrat-Wert und den korrigierten Kontingenzkoeffizienten (im folgenden als CC abgekürzt; [22]). Bei signifikanten Chi-Quadrat-Werten nahmen wir einen Zusammenhang (Korrelation) zwischen beiden Merkmalen an und prüften, auf welche Abweichungen von den erwarteten Werten die Signifikanz zurückzuführen war. CC-Werte werden im folgenden nur genannt, soweit der Chi-Quadrat-Wert für die Tabelle signifikant ist (p kleiner 0,05). Die Auswertung der Daten erfolgte nach Übertragung auf Maschinenlochkarten, ebenso wie die Erstellung der Matrizen und die Berechnungen, elektronisch im Rechenzentrum der AVA in Göttingen.

Ergebnisse

Die von der Gesamtgruppe der 1373 Dauerhospitalisierten bekannten Merkmale [8, 15] stimmten mit denen der Auswahl bis auf die Alterswerte gut überein.

Vergleich zwischen Gesamtgruppe und Auswahlgruppe im einzelnen

Der Anteil von Männern (47,4%) und Frauen (52,6%) entsprach der Gesamtgruppe. Unter den zuletzt aufgenommenen Kranken waren rund 6% weniger Ledige (56,9%) und nicht ganz 7% mehr geschiedene Patienten (19%). — Die Vertriebenen waren in der Auswahl wiederum mit 51,3% stärker als die Einheimischen (46,5%) vertreten. 7,4% der Vertriebenen waren DDR-Flüchtlinge, DPs oder Umsiedler. Die Vertriebenen sind — wie in der Gesamtgruppe — stärker vertreten als in der Bevölkerung Niedersachsens; diese Überrepräsentation läßt sich nicht auf DDR-Flüchtlinge oder Umsiedler zurückführen, für die Niedersachsen Aufnahmeland ist.

Die Schulbildung der Auswahlgruppe war öfter bekannt (+ 14%); ein glatter Volksschulabschluß war um etwa 10% häufiger (59,1%), während die außergewöhnlichen Schulleistungen — Schulversagen (16,4%), Abbruch des Besuches einer weiterführenden Schule (5,6%) und Abschluß auf einer weiterführenden Schule (7,7%) — in etwa mit der Gesamtgruppe übereinstimmten. Auch die Berufsausbildung der zuletzt aufgenommenen Kranken war öfter bekannt (+ 10%); 47,4% hatten keine, 11,6% hatten ihre Lehre abgebrochen (+ 4,4%) und 31,9% hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung (+ 6%). Der Abbruch der Berufsausbildung stand bei 3,4% wahrscheinlich im Zusammenhang mit der Krankheit.

Unterschiede traten zwischen der Gesamtgruppe und der Auswahlgruppe hinsichtlich des Alters auf. Die Patienten der Auswahlgruppe waren im Durchschnitt 4 Jahre später erkrankt (33,4 Jahre), 3,5 Jahre später erstmals in einem Krankenhaus behandelt worden (37,3 Jahre), beinahe 5 Jahre später endgültig aufgenommen worden (43,9 Jahre) und am Stichtag um 3,3 Jahre jünger als die Gesamtgruppe (48,8 Jahre). Wir führen diese Unterschiede auf die Altersstruktur der Bevölkerung und die neueren Behandlungsverfahren zurück, durch die Kranke in den mittleren Jahren seltener dauerhospitalisiert werden [8].

Trotz der guten Übereinstimmung der von beiden Gruppen bekannten Daten sind Schlüsse von der Auswahlgruppe auf alle Dauerhospitalisierten nur bedingt möglich, da wir keine zufällige, sondern eine nach dem Aufnahmedatum gezielte Auswahl getroffen haben. Um so eher wird man eine Übereinstimmung zwischen beiden Gruppen als ein mit einer Dauerunterbringung als solcher verbundenes Phänomen ansehen können.

Die Auswahlgruppe

Beginn der Erkrankung. Die Vorgeschichte von ein Viertel der Kranken erwähnt Auffälligkeiten vor den ersten schizophrenen Symptomen; am häufigsten waren eigene Rückdatierungen schizophrener Erlebnisse (7,4%) und vielfältige körperliche Beschwerden (5,2%). Als erste sichere Krankheitserscheinung tauchte am häufigsten ein Leistungsabfall auf (39,2%); mit Wahn und/oder Sinnestäuschungen waren 29,8% (davon 2,2% mit zusätzlichen anderen Symptomen) zuerst erkrankt; bei 7,3% begann die Erkrankung mit bedrohendem oder gewalttätigem Verhalten und bei 5,2% mit Beeinflussungs- und/oder Bedeutungserlebnissen. Von 18,5% der Kranken fehlten ausreichende Angaben über die ersten Symptome.

Für die Kombination faßten wir die beiden kleinsten Gruppen (Aggressionen und Bedeutungs- oder Beeinflussungserlebnisse) als „Restgruppe“ zusammen. Die ersten Symptome korrelierten mit dem Geschlecht ($CC = 0,270$); Frauen waren öfter mit Wahn oder Sinnestäuschungen erkrankt. Stärker war der Zusammenhang mit dem Familienstand ($CC = 0,439$): Ledige hatten öfter einen sozialen Knick, verheiratete — bevorzugt verwitwete — Kranke öfter Wahn oder Sinnestäuschungen als erste Krankheitszeichen. Damit steht vermutlich auch die Tatsache in Zusammenhang, daß Kranke mit einem Leistungsknick seltener und Wahnkranke öfter lebende Kinder bei der Aufnahme zur langjährigen Unterbringung hatten ($CC = 0,321$).

Ein sozialer Leistungsabfall war überdurchschnittlich mit einer Minderbegabung des Patienten ($CC = 0,328$) und keiner Berufsausbildung ($CC = 0,328$) verbunden. Vielfältig waren die Zusammenhänge zwischen den ersten Krankheitszeichen und dem Arbeitsverhalten vor der entscheidenden Aufnahme ($CC = 0,382$): Patienten mit einem Leistungsknick hatten öfter über 5 Jahre nicht mehr gearbeitet, Wahnkranke waren öfter berentet worden und die Kranke der Restgruppe waren unter den Patienten, die über 5 Jahre nicht mehr gearbeitet hatten, seltener vertreten. Dementsprechend korrelierten die ersten Symptome mit dem Erwerb des Lebensunterhaltes vor der entscheidenden Aufnahme ($CC = 0,501$): Patienten, deren Krankheit mit einem sozialen Leistungsabfall begonnen hatte, lebten seltener von einer Rente und hatten öfter kein reguläres Einkommen, Wahnkranke öfter eine Rente und die Kranke der Restgruppe hatten öfter bis zuletzt von einem regulären Einkommen gelebt.

Die Korrelation zwischen den ersten Krankheitszeichen und den Symptomen vor der letzten Aufnahme sind in Tab. 1 enthalten. Man muß dabei berücksichtigen, daß für ein Viertel der Patienten der erste Krankenhausaufenthalt zur endgültigen Unterbringung führte und daher für einen Teil dieser Patienten die ersten mit den letzten Symptomen übereinstimmen.

Das in Gruppen eingeteilte Erkrankungsalter korrelierte hoch mit den ersten Symptomen ($CC = 0,614$): Leistungsabfall und Krankheitsbeginn vor dem 25. Lebensjahr, sowie Wahn und Krankheitsbeginn nach dem 40. Lebensjahr waren häufiger. Eine entsprechende, aber nicht so hohe Korrelation ergab sich mit dem Alter bei der ersten Krankenhausaufnahme ($CC = 0,435$). Bei der endgültigen Aufnahme waren Kranke, die zuerst mit Wahnsymptomen erkrankt waren, öfter älter, Patienten der Restgruppe öfter unter 30 Jahre und seltener über 50 Jahre alt ($CC = 0,310$). Am Stichtag waren Kranke, die zuerst mit Leistungsabfall oder den

Restsymptomen erkrankt waren, öfter unter 40 Jahre und zuerst mit Wahn erkrankte über 55 Jahre alt (CC = 0,374).

In den beiden ersten Krankheitsjahren waren 52,2% der dauerhospitalisierten Schizophrenen nicht behandelt worden; bei weiteren 15,1% ließ sich dieser Zeitraum nicht ausreichend überblicken. 20,7% waren im ersten, 3,0% im zweiten, 7,3% im dritten und 1,7% im vierten Halbjahr nach Krankheitsbeginn in stationäre Behandlung gekommen; Hinweise für ambulante Behandlungen fanden wir nicht.

Um die Qualität der etwaigen Frühbehandlung, d.h. innerhalb der ersten 2 Jahre zu beurteilen, definierten wir als ausreichende Behandlung, bezogen auf $\frac{1}{2}$ Jahr Behandlungsdauer ab Aufnahme: wenigstens 4 Elektrokonvulsionen oder 12 Insu-

Tabelle 1. Zahl der Patienten für die verschiedenen Kombinationen zwischen ersten Symptomen und Symptomen vor der entscheidenden Krankenhausaufnahme

Symptome v. d. entsch. Aufnahme	Erste Symptome				Summe (letzte Symptome)
	Soz. Leistungs- knick	Wahn, Sinnes- täuschung	übrige Symptome	Unbe- kannt	
Soz. Leistungsknick	17	4	1	8	30
Wahn/Sinnesstäuschung	18	19	7	8	52
Aggressionen	28	10	13	14	65
Wahn/Sinnesstäuschung u. Aggressionen	27	35	8	8	78
Unbekannt	1	1	0	5	7
Summe (1. Symptome)	91	69	29	43	232

Anmerkung: Der Chi-Quadrat-Wert für die obige Tabelle ist hochsignifikant (Chi-Quadrat 40,266 bei 12 FG; $p < 0,0005$).

Tabelle 2. Zahl der Patienten für die verschiedenen Kombinationen zwischen höchst erreicherter eigener sozialer Schicht und sozialer Schicht des Vaters

Patient	Vater				
	I. Schicht	II. Schicht	III. Schicht	Unbekannt	Summen
I. Schicht	13	2	0	9	24
II. Schicht	22	18	4	18	62
III. Schicht	20	17	18	32	87
Unbekannt	28	9	3	19	59
Summen	83	46	25	78	

Anmerkung: Unsere I. Schicht entspricht der unteren Mittelschicht und darüber im Schichtenschema von Moore u. Kleining, die II. Schicht der oberen Unterschicht und die III. Schicht der mittleren und unteren Unterschicht.

Der Chi-Quadrat-Wert für obige Tabelle ist signifikant (Chi-Quadrat 27,532 bei 9 FG; p zwischen 0,005 und 0,001), CC = 0,376.

linkomata oder 6 Insulinschocks oder 1 Psychopharmakabehandlung mit für wenigstens 1 Monat 300 mg Chlorpromazin per os/die oder Äquivalentdosen und anschließender Erhaltungsdosis. Eine nur wahrscheinlich ausreichende Behandlung wurde als ausreichend gewertet.

Nach diesen Kriterien wurden lediglich 9,9% der Kranken in den beiden ersten Krankheitsjahren ausreichend behandelt, bei 17,2% war die Frühbehandlung unzureichend. Die übrigen Kranken wurden nicht behandelt (52,2% !) oder die Angaben reichten nicht aus, um die Qualität der Frühbehandlung zu beurteilen (20,7%). Der häufigste Grund für eine fehlende oder unzureichende Behandlung war eine fehlende stationäre Aufnahme (42,3%); 12,5% wurden nur eine zeitlang ausreichend behandelt; bei ihnen wurde entweder keine Erhaltungsdosis von Psycho- pharmaka gegeben oder die Behandlung wurde trotz anhaltender Krankheitsscheinungen nicht fortgesetzt. Bei 3% war während des ersten Krankenhausaufenthaltes die Diagnose Schizophrenie nicht gestellt worden und 2,6% der Kranken waren vor der Einführung der Schockverfahren erstmals in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen.

Mit der Art der Frühbehandlung korrelierte die Berufsbildung der Kranken: bei abgeschlossener Berufsbildung war öfter eine ausreichende Frühbehandlung erfolgt (CC = 0,307). Die Tatsache, ob eine Frühbehandlung erfolgte oder nicht, korrelierte mit den ersten Krankheitszeichen: Patienten mit einem Leistungsabfall wurden seltener und Kranke mit Wahn oder Sinnestäuschungen öfter frühbehandelt (CC = 0,649); diese Behandlung der Wahnkranken war allerdings öfter unzureichend (CC = 0,572). Deutlich war der Zusammenhang zwischen Frühbehandlung und der Zahl der stationären Aufenthalte: Kranke, die schon bei der 1. oder 2. Aufnahme dauerhospitalisiert wurden, waren öfter nicht frühbehandelt worden (CC = 0,484). Auch die Qualität der Frühbehandlung korrelierte mit der Zahl der stationären Aufenthalte (CC = 0,484): wurde der Kranke bereits mit der 1. Aufnahme dauerhospitalisiert, so war er öfter nicht und bei der 2. Aufnahme öfter unzureichend behandelt worden; führte erst eine 4. oder weitere Aufnahme zur Dauerunterbringung, so waren diese Kranken bevorzugt ausreichend frühbehandelt worden.

Kranke, bei deren Aufnahme zur langjährigen Unterbringung ein Elternteil, Ehepartner oder Kind lebte, waren öfter frühbehandelt worden (CC = 0,319). Kranke, die vor der entscheidenden Aufnahme in Wohngemeinschaft mit ihren Eltern zusammenwohnten, waren ebenfalls öfter frühbehandelt (CC = 0,409). Frühbehandelte Kranke waren seltener im Zusammenhang mit der Psychose straf-fällig geworden. (CC = 0,568).

Von den in Gruppen eingeteilten Alterswerten korrelierte das Alter bei der ersten Krankenhausaufnahme, bei der Aufnahme zur langjährigen Unterbringung und am Stichtag mit dem Faktor Frühbehandlung: Kranke der jeweils jüngsten Altersgruppe waren bevorzugt frühbehandelt worden (CC = 0,483; CC = 0,288; CC = 0,224).

Die Zahl der stationären Aufenthalte in psychiatrischen Krankenhäusern vor der endgültigen Aufnahme lag in der Auswahlgruppe höher als in der Gesamtgruppe. Bei 23,7% der Kranken führte die 1. Aufnahme

zur langjährigen Unterbringung, bei 33,2% die 2., bei 19,8% die 3. und bei 21,6% die 4. oder eine weitere.

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte korrelierte mit dem Familienstand: Kranke, die eine Ehe geschlossen hatten, wurden öfter erst bei einem 4. oder weiteren Aufenthalt dauerhospitalisiert als Ledige ($CC = 0,335$). — Schulversagen war öfter mit einem 2. und seltener mit einem 4. oder weiteren Krankenhausaufenthalt verbunden ($CC = 0,380$); ebenso korrelierte „keine Minderbegabung“ hoch mit dem 4. u. m. Krankenaufenthalt ($CC = 0,407$). Noch enger waren die Korrelationen mit der Berufsbildung: Kranke ohne eine solche waren öfter bei der 1. und seltener bei der 4. u. m. Aufnahme dauerhospitalisiert worden, während Kranke mit abgeschlossener Ausbildung seltener bei dem 1. und öfter bei dem 4. u. m. Krankenaufenthalt dauerhospitalisiert wurden ($CC = 0,475$). Kranke, die im Vergleich zum Beruf des Vaters sozial abgestiegen waren, wurden öfter bei einem 1. und seltener bei einem 2. Aufenthalt dauerhospitalisiert. ($CC = 0,391$).

Deutlich ist auch der Einfluß der Krankheitsdauer auf die Zahl der Hospitalisierungen: Kranke mit langem Verlauf vor der endgültigen Aufnahme waren öfter bei dem 1. und solche mit kurzem Verlauf öfter bei der 4. u. m. Aufnahme behalten worden ($CC = 0,409$).

Kranke, die mit 25—39 Jahren erkrankt waren, waren unter den Patienten, bei denen erst ein 4. oder weiterer Aufenthalt zur Dauerhospitalisierung führte, überdurchschnittlich vertreten ($CC = 0,602$). Das Erstaufnahmealter lag für Kranke, die bei ihrer 1. Aufnahme behalten wurden seltener unter 25 und öfter über 40 Jahren ($CC = 0,726$).

Vor der endgültigen Aufnahme war ein Viertel der Kranken (26,7%) weniger als ein halbes Jahr, ein weiteres Viertel (27,6%) zwischen einem halben und zwei Jahren und 17,7% über zwei Jahre stationär psychiatrisch behandelt worden.

Eine Minderbegabung war bei 16% der Kranken wahrscheinlich. Eine familiäre Belastung mit Schizophrenie bestand bei 12,1% und mit weiteren verschiedenen neuro-psychiatrischen Erkrankungen bei 16,8%. 5,6% der Kranken waren sterilisiert worden; 3% davon wegen der schon damals diagnostizierten Schizophrenie.

Akute Krankheitszeichen vor der endgültigen Aufnahme hatten bei fast einem Drittel (29,3%) unter 3 Monaten bestanden, bei 16% zwischen 3 und 24 Monaten und bei 42,2% über 2 Jahre oder ließen sich nicht zeitlich begrenzen. Die Art dieser Symptome ist in Tab. 1 angegeben.

Bei über einem Drittel (37,1%) entdeckten wir kein Ereignis, das die Einweisung zur endgültigen Aufnahme erklärt. Bei einem Viertel hatten Aggressionen — gegen Verwandte 1. Grades (10,8%) oder andere Personen (13,3%) — die Aufnahme unmittelbar herbeigeführt. Ein Erregungszustand (3,4%) und Suicidversuch oder Suicidalität (4,3%) waren seltene Anlässe. 13,4% der Kranken waren einer Behörde aufgefallen, die dann die Einweisung veranlaßt hatte. Weitere Anlässe verschiedener Art ließen sich in 17,7% ausmachen.

In den beiden letzten Jahren vor der endgültigen Aufnahme war ein beträchtlicher Teil der Kranken (41,4%) stationär psychiatrisch behandelt worden. Diese Behandlung hatte bei 11,2% unter 3 Monaten, bei 8,6% zwischen 3 und 6 Monate und bei 21,6% über 6 Monate gedauert.

Die letzte Aufnahme erfolgte bei 16,8% freiwillig. 62,5% wurden nach dem niedersächsischen Sicherheits- und Ordnungsgesetz (SOG) eingewiesen und 6,5% nach § 126a StPO oder § 42b StGB. 8,6% der Kranken standen bereits unter Pflegschaft oder Vormundschaft und bei 1,3% hatte der Erziehungsberechtigte der Aufnahme zugestimmt.

Bei der letzten Aufnahme lebten von einem Drittel (36,2%) der Kranken noch die Mutter und einem Viertel (23,3%) der Vater; einen lebenden Elternteil hatte beinahe noch jeder zweite (47,4%). Einen Ehepartner hatten 14,7% und einen lebenden Elternteil oder Ehepartner 56%. 28,4% der Kranken hatten Kinder, 64,2% einen Elternteil, den Ehepartner oder ein Kind. Bei der letzten Aufnahme lebten von 91,4% der Kranken Angehörige des 1. Grades.

Beinahe jeder zweite Kranke (42,6%) hatte bis zur letzten Aufnahme mit Angehörigen 1. Grades zusammengewohnt, davon 21,1% mit den Eltern, 16,8% mit Ehepartner oder Kindern und 4,8% mit Geschwistern. 39,2% hatten alleine gewohnt, 4,7% davon ohne festen Wohnsitz. 13,4% waren aus einem Heim oder Krankenhaus aufgenommen worden.

Nur jeder zehnte (11,2%) wurde bei der letzten Aufnahme von einem nahen Verwandten begleitet. 19% wurden von der Polizei und 29,7% nur durch den Krankentransport gebracht. Von einem Drittel (33,6%) fehlten Angaben über die Begleitpersonen bei der Aufnahme; dies ist z.T. ein systematischer Fehler durch die unterschiedliche Führung der Krankengeschichten.

Einer geregelten Erwerbstätigkeit waren im letzten Jahr vor der Aufnahme noch 16,3% der Kranken nachgegangen, die meisten davon bis weniger als 3 Monate vor der Aufnahme (10,3%). 13,8% hatten zwischen 1—5 Jahren vor der Aufnahme zuletzt regelmäßig gearbeitet; mehr als 5 Jahre oder niemals waren 18,1% einer geregelten Tätigkeit nachgegangen; ein Viertel (26,3%) war seit längerem berentet; 6,5% waren als Hausfrau tätig; ungenügende Angaben lagen bei 19% vor.

Von einem regulären Einkommen lebten unmittelbar vor der Aufnahme 15,6%, d.h. sie erhielten Gehalt oder Lohn oder lebten als Hausfrau, Schüler oder Lehrlinge vom Haushaltungsvorstand. Ein Drittel (31,4%) bezog eine Rente und 15,1% lebten vom Sozialamt oder der Arbeitslosenunterstützung. Ihrer Familie waren 11,2% zur Last gefallen und von Gelegenheitsarbeiten, Betteln u.ä. lebten 9,9%.

Soziale Schicht. Nach den Angaben der Krankengeschichten über die Berufe der Patienten und ihrer Väter bestimmten wir die soziale Schicht

des Vaters und die höchste durch eigene Leistung erreichte Schicht des Patienten.

Wir verwendeten die Abwandlung des Schichtenschemas von Moore u. Kleining der hiesigen Klinik. Bei der Auswertung ergab sich, daß dieses Schema zu differenziert war. Die Schichten oberhalb der unteren Mittelschicht kamen nur bei 4,4% der Väter und 3,9% der Kranken vor. Wir teilten in 3 Schichten ein: I. Untere Mittelschicht und darüber (Angestellte, mittlere Beamte, kleine Selbständige, leitende Arbeitskräfte); II. Obere Unterschicht (Einfache Berufe mit geregelter Ausbildung, gelernte und angelernte Arbeitskräfte); III. Mittlere und unterste Unterschicht (ungelernte Arbeiter, Gelegenheitsarbeiter).

Tab. 2 zeigt die Kombination der sozialen Schicht der Patienten mit der ihrer Väter. Man sieht, daß ein Drittel der Väter der höchsten und nur 10% der untersten dagegen bei den Patienten ein Drittel der untersten und nur 10% der höchsten Schicht unseres Schemas angehörten. Vom Vater zum Patienten hatte oftmals ein sozialer Abstieg stattgefunden: obwohl sich nur bei der Hälfte der Kranken die Schichten des Vaters und des Patienten sicher beurteilen ließen, hatte fast ein Drittel (28%) niemals die Schicht des Vaters erreicht.

Diese Verteilung wird nur unwesentlich durch die weiblichen Patienten beeinflußt, deren soziale Schicht schwieriger zu beurteilen ist, und die in einem vorwiegend landwirtschaftlichen Gebiet wie Niedersachsen bei eigener Leistung eher sozial abfallen werden. Von den männlichen Patienten erreichten 34,5% die unterste, 35,5% die mittlere und 16,4% die oberste als höchste soziale Schicht. Ihre Väter hatten zu 34,5% der obersten, 22,7% der mittleren und zu 7,3% der untersten Schicht angehört. Bei den Männern waren 31,8% abgestiegen, 20,9% hatten den sozialen Stand des Vaters erreicht.

Der soziale Stand des Vaters korrelierte mit der Schulbildung und — schwächer — mit der Berufsbildung der Patienten. Patienten mit abgeschlossener Mittel- oder Oberschulausbildung hatten sämtlich Väter der sozialen Schicht I, während sich bei der Schicht II des Vaters häufig Schulversager fanden ($CC = 0,440$). Diese Korrelation bestand auch bei den männlichen Patienten ($CC = 0,429$). Entsprechend der Schulbildung fanden wir eine Minderbegabung gehäuft, wenn der Vater der sozialen Schicht II angehörte ($CC = 0,336$, für Männer $CC = 0,386$). Die Patienten hatten öfter keine und seltener eine abgeschlossene Berufsausbildung, wenn ihr Vater der sozialen Schicht III angehört hatte ($CC = 0,360$, bei Männern $CC = 0,407$). Mit der höchsten durch eigene Leistung erreichten sozialen Klasse der Patienten korrelierte das Geschlecht; der soziale Stand der Männer war öfter bekannt ($CC = 0,443$). Der Familienstand korrelierte mit der sozialen Schicht: bei verwitweten Kranken war die Schicht öfter unbekannt, wohl im Zusammenhang mit der Tatsache, daß fast ausschließlich Frauen verwitwet waren; Verheiratete gehörten öfter zur I. oder II. Schicht, Ledige öfter zur III. Schicht ($CC = 0,366$). Die gleichen Zusammenhänge — ohne die Überrepräsentation der Witwer bei unbekannter sozialer Schicht — traten bei den Männern mit einem höheren Kontingenz-Koeffizienten von 0,447 auf. Dem Familienstand entspricht, daß Kranke die der I. oder II. Schicht angehörten öfter bei der Aufnahme einen lebenden Ehepartner ($CC = 0,292$) und öfter lebende Kinder ($CC = 0,225$) hatten. Bei Männern hatten Angehörige der II. Schicht öfter einen Ehepartner und öfter Kinder und Angehörige der III. Schicht seltener Ehepartner oder Kinder ($CC = 0,424$ bzw. $0,421$).

Die Schulbildung korrelierte hoch mit der sozialen Schicht. Patienten der I. Schicht hatten öfter einen abgeschlossenen Mittel- oder Oberschulbesuch, das

Schulversagen war mit der sozialen Schicht III gehäuft verbunden ($CC = 0,533$, für Männer $CC = 0,563$). — Die Berufsbildung als konstituierender Faktor der sozialen Schicht korrelierte sehr hoch mit ihr ($CC = 0,720$, für Männer $0,687$): Patienten der I. oder II. Schicht hatten öfter eine abgeschlossene Berufsausbildung, Patienten der III. Schicht öfter keine. Für die männlichen Patienten bestand eine Korrelation zwischen der sozialen Schicht und dem Lebensunterhalt unmittelbar vor der letzten Aufnahme: die Patienten der I. Schicht hatten seltener ein reguläres Einkommen und die der III. Schicht hatten seltener ohne geregelte Arbeit gelebt ($CC = 0,550$).

Die soziale Schicht des Patienten korrelierte mit der Anzahl der Krankenhausaufnahmen: der I. Krankenhausaufenthalt hatte für Patienten der II. Schicht seltener zur Dauerunterbringung geführt, dagegen ein 4. oder wiederholter Aufenthalt öfter; bei der III. Schicht war es umgekehrt ($CC = 0,437$); für Männer war dieser Zusammenhang nicht signifikant ($0,1 > p > 0,05$) bei einem relativ hohen Kontingenz-Koeffizienten von $0,428$.

Schließlich lag noch das in Gruppen eingeteilte Stichtagsalter für Männer der III. sozialen Schicht häufiger unter 40 Jahren und der I. sozialen Schicht seltener unter 40 Jahren ($CC = 0,471$). Für alle Kranken zeigte sich hier nur eine Tendenz ($0,1 > p > 0,05$).

Diskussion

Bei der Gesamtgruppe der 1400 Kranken korrelierten die einfachen Merkmale Geschlecht, Familienstand, Vertreibung, Schul- und Berufsbildung und Alter teilweise mit der Diagnose Schizophrenie oder einer Dauerunterbringung [8]. Daher schien der Versuch lohnend, aus den Krankengeschichten weitere Bedingungen einer Dauerhospitalisierung zu erfahren. Dies ersetzt keine prospektiven Untersuchungen, liefert jedoch Ansatzpunkte für weitere, genauere Forschungen.

Die Diagnose Schizophrenie übernahmen wir aus den Krankengeschichten; bei unserem vorwiegend sozialpsychiatrischen Interesse genügte eine solche operationale Definition. Es ging nicht um diagnostische oder psychopathologische Fragen, sondern um die Zusammenhänge zwischen den Faktoren „gestellte Diagnose Schizophrenie“ und „Dauerunterbringung“. Dies schließt nicht aus, daß auch bei uns, wie in den USA, die Diagnose Schizophrenie in den einzelnen sozialen Schichten verschieden häufig gestellt wird [1, 24].

Krankheitserscheinungen und Dauerunterbringung

Wir versuchten eine Einteilung der Symptome nach den sozialen Äußerungen der Krankheit.

Bei den „ersten Symptomen“ ist ein Zusammenhang zwischen dem Merkmal sozialer Leistungsabfall und den Untergruppen Hebephrenie oder Schizophrenia simplex, zwischen Wahn/Sinnestäuschungen und paranoid-halluzinatorischer Form sowie zwischen Restsymptomen und katatoner Form wahrscheinlich. Die Korrelationen unserer Gruppeneinteilung mit Geschlecht, Erkrankungsalter und Familienstand entsprechen der Lehrmeinung hinsichtlich der Unterformen.

Zwischen dem Beginn der Erkrankung und der Aufnahme zur langjährigen Unterbringung hatte dann bei den meisten Kranken ein Symptomwandel stattgefunden (Tab.1); nur selten blieb ein sozialer Leistungs-

abfall, das bei Beginn der Erkrankung häufigste Symptom, die einzige Krankheitserscheinung vor der Aufnahme. Die meisten Patienten hatten Wahn/Sinnestäuschungen oder bedrohendes/gewalttägliches Verhalten oder beide Symptome gezeigt. Die Häufigkeit paranoid-halluzinatorischer Symptome bei dauerhospitalisierten Schizophrenen war bereits in der Voruntersuchung von Frau Lange an Fünfjahreshospitalisierten aufgefallen und inzwischen von anderer Seite bestätigt worden [10, 11]. Dagegen überraschte die Häufigkeit aggressiven oder als aggressiv imponierenden Verhaltens.

Dies zeigt sich nicht nur an den Symptomen vor der Aufnahme. Ein Drittel der Kranken war wegen tätlicher Angriffe gegen Personen, eines Erregungszustandes oder Selbstgefährdung unmittelbar eingewiesen worden; jeder fünfte Kranke wurde von der Polizei in das Landeskrankenhaus gebracht.

Den beiden Hauptsymptomen vor der Unterbringung entspricht in gewisser Weise die Praxis des niedersächsischen Unterbringungsgesetzes (SOG), nach dem zwei Drittel der Kranken untergebracht worden waren.

Nach diesem Gesetz sind eine Geisteskrankheit oder der begründete Verdacht auf eine solche *und* eine unmittelbare Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung oder des Kranken selbst, Voraussetzung einer gerichtlichen Einweisung. Die einweisenden Ärzte, die den Antrag stellen, sind selten Psychiater und der Richter ist Laie. Das formale Kriterium „Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung“ und die dem Nichtfacharzt und Laien geläufigen Symptome Wahn und Sinnestäuschung gewinnen dadurch eine überragende Bedeutung.

Unberechenbarkeit, Impulsivität, Kontrollverlust, extreme Reizbarkeit und gesetzliche Unzurechnungsfähigkeit sowie die Symptome Gewalttätigkeit, unverständliches Gerede, Wahn oder Halluzinationen kennzeichnen dem Laien einen Geisteskranken [21, 23]. Auch das niedersächsische Unterbringungsgesetz ist an diesen Vorurteilen orientiert und 84% der dauerhospitalisierten Schizophrenen hatten vor der endgültigen Aufnahme entsprechende Symptome.

Es scheint so zu sein, daß sich die Angehörigen bei dem Großteil der dauerhospitalisierten Kranken bereits vor der entscheidenden Aufnahme von ihnen distanziert haben; die Seltenheit von begleitenden Angehörigen (11,2%) bei noch häufiger vor der Aufnahme bestehender Wohngemeinschaft (42,6%) spricht dafür. Auch die Tatsache, daß die Besuchsfrequenz bei dauerhospitalisierten Schizophrenen sehr viel niedriger liegt, als die von nicht dauerhospitalisierten Schizophrenen [12], weist darauf hin, daß die Trennung des Kranken von der Familie bereits vor der letzten Aufnahme stattfindet. Die Häufigkeit des offensichtlich geisteskranken Verhaltens vor einer Dauerhospitalisierung ist wohl ein Grund für diese Abtrennung.

Es ist von psychiatrischer Seite immer wieder kritisiert worden, daß das Unterbringungsgesetz nicht die Behandlungsbedürftigkeit eines uneinsichtigen Kranken, sondern die öffentliche Sicherheit und Ordnung

als Maßstab für die zwangsweise Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nennt. So kann es geschehen, daß ein Kranke mit massiven produktiven Symptomen erst dann eingewiesen werden kann, wenn er gewalttätig geworden ist. Der Zwang mit einem psychotischen Menschen weiter zusammenleben zu müssen, da er nicht behandelt werden kann, fördert sowohl die Ablösung des Verwandten von dem Kranke, als auch die Gefahr aggressiver Zusammenstöße. Eine in einem gerichtlichen Unterbringungsbeschuß festgestellte Aggressivität belastet bei einer Entlassung den Psychiater, denn im Falle erneuten aggressiven Verhaltens würde man ihm den Vorwurf machen, dies hätte sich nach der Anamnese voraussehen lassen.

Frühbehandlung und Dauerunterbringung

Für den Erfolg einer körperlichen Behandlung der Schizophrenie wird der Abstand zwischen Beginn der Krankheit und Beginn der Behandlung als entscheidend angesehen; bereits nach 1 Jahr Zwischenraum sinken die Therapieerfolge rapide ab [19]. Unsere Ergebnisse zeigen den negativen Aspekt dieser Tatsache: nur jeder zehnte Dauerhospitalisierte war in den beiden ersten Krankheitsjahren (= Frühbehandlung) ausreichend behandelt worden; außerdem waren Patienten, die in den beiden ersten Krankheitsjahren ausreichend behandelt worden waren, überwiegend erst bei einem 4. oder weiteren Krankenhausaufenthalt, also später als die übrigen, nicht mehr entlassen worden. Wenn man nicht annehmen will, daß überhaupt nur 10% der Schizophrenen ausreichend frühbehandelt wurden, muß man schließen, daß eine ausreichende Frühbehandlung das Risiko einer Dauerunterbringung vermindert. Unsere Ergebnisse zeigen eindeutig, daß bei ausreichender Frühbehandlung die Dauerunterbringung erst bei einer späteren Aufnahme erfolgt als dies ohne Frühbehandlung der Fall ist.

Häufigste Ursache für die fehlende Frühbehandlung war, daß der Kranke in den beiden ersten Krankheitsjahren nicht stationär aufgenommen worden war. Dies ist teilweise eine Folge der Form der Psychose: die schlechtere Prognose schleichend verlaufender Schizophrenen ist lange bekannt; entsprechend korrelierte in unserem Material sozialer Knick als erstes Symptom positiv mit fehlender Frühbehandlung. Daneben scheinen familiäre Bindungen eine Rolle zu spielen: Patienten, von denen bei der letzten Aufnahme Eltern, Ehepartner oder Kinder lebten, waren öfter frühbehandelt worden; ebenso waren Kranke, die aus Wohngemeinschaft mit ihren Eltern aufgenommen wurden, öfter in den beiden ersten Krankheitsjahren behandelt worden.

Rund ein Viertel der später dauerhospitalisierten Kranken war in den beiden ersten Krankheitsjahren zwar in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen, dort aber nicht ausreichend oder überhaupt nicht

behandelt worden. Dies ist teilweise auf die Zeitumstände zurückzuführen, da viele Kranke in den Kriegs- und vor allem in den Nachkriegsjahren erstmals aufgenommen wurden; selten war ein erster Krankenhausaufenthalt vor Einführung der Schockbehandlung. Die Therapiemöglichkeiten in den niedersächsischen Landeskrankenhäusern sind noch jetzt durch einen pro Tag und Patient festgelegten Medikamentenetat beschränkt. Unter solchen Umständen überrascht es nicht, daß bei jedem achten Dauerhospitalisierten die Frühbehandlung vorzeitig beendet und jeder zehnte trotz stationären Aufenthaltes überhaupt nicht frühbehandelt worden ist. Dabei wird auch die Einstellung des behandelnden Psychiaters bei nicht eindeutiger Diagnose eine Rolle spielen. Die hier vorgelegten Ergebnisse über den Einfluß der Frühbehandlung auf das Risiko der Dauerhospitalisierung legen es nahe, daß auch in Verdachtsfällen wie bei einer eindeutigen Schizophrenie behandelt werden sollte.

Aus dem eben Geschilderten ergibt sich, daß die Dauerunterbringung meist keine Folge eines Versagens der somatischen Therapieen war. Im Gegenteil, man muß annehmen, daß durch ausreichende Frühbehandlung ein Teil der Kranken nicht oder erst später hätte daueruntergebracht werden müssen.

Zahl der stationären Behandlungen

Die Zahl der Aufnahmen eines Patienten in ein psychiatrisches Krankenhaus erscheint auf den ersten Blick als ein nur schematisches Merkmal. Mehr Hospitalisierungen vor der endgültigen Unterbringung bedeutet häufigere Entlassungen und damit bessere Entlassungsaussichten. Die Korrelation zwischen prognostisch günstigen Faktoren und häufigeren Aufnahmen bestätigen dies: jenes Viertel der Dauerhospitalisierten, das nur einmal aufgenommen worden war, hatte öfter keine Behandlung in den 2 Jahren nach Krankheitsbeginn erfahren und eine lange Dauer der Symptome vor der Aufnahme, es war häufiger über 40 Jahre alt, ledig, ohne Berufsausbildung und im Vergleich zum Vater sozial abgestiegen. Umgekehrt wurden Kranke erst bei einem 4. oder weiteren Krankenhausaufenthalt nicht mehr entlassen, wenn sie nicht minderbegabt waren, einen Beruf erlernt, eine Ehe geschlossen hatten, erst kürzere Zeit Symptome zeigten, als erste Symptome Wahn/Sinnestäuschungen gehabt hatten, in den beiden ersten Krankheitsjahren ausreichend behandelt worden waren und in den für die Schizophrenie mittleren Lebensjahren — zwischen 25 und 39 Jahren — erkrankt waren.

Die Anhäufung prognostisch ungünstiger Faktoren bei Kranken die nur einmal und die günstigeren Faktoren bei solchen die mehrfach vor der Dauerunterbringung hospitalisiert worden waren, erweist die Zahl der Aufnahmen als ein für statistische Zwecke brauchbares Merkmal.

*Krankenhausaufenthalt
in den 2 Jahren vor Beginn der Dauerunterbringung*

Ohne die Patienten, die gleich bei ihrem 1. Krankenhausaufenthalt dauerhospitalisiert wurden, war mehr als die Hälfte der übrigen Dauerpatienten in den 2 Jahren vor Beginn des endgültigen Aufenthaltes in einem psychiatrischen Krankenhaus gewesen und entlassen worden. Wir wissen nicht, warum es so häufig zu einem Rückfall nach so kurzer Zeit kam. Eine Ursache dafür könnte die fehlende Nachbetreuung sein: eine im Krankenhaus begonnene Pharmakotherapie war fast niemals ambulant fortgesetzt worden; Übergangseinrichtungen gab es nicht und die Landeskrankenhäuser verfügten zu dieser Zeit bestenfalls über eine Sozialarbeiterin für 1000 Kranke. Ebensowenig wie bei der Frühbehandlung schienen uns bei den Krankhausaufenthalten vor der endgültigen Aufnahme die Möglichkeiten der somatischen Behandlung ausgeschöpft worden zu sein. Eine nicht unerhebliche Gefahr der Neuroleptica liegt darin, daß die produktiven Symptome Wahn und Sinnestäuschungen rasch zurücktreten und dann zu kurzfristig behandelt werden. Dies erklärt die gehäuft unzureichende Frühbehandlung bei unseren Kranken, die Wahn/Sinnestäuschungen als erste Krankheitszeichen gehabt hatten. Nach dem langsam oder abrupten Absetzen der Medikamente mit der Entlassung kehren dann, besonders unter den erneuten Belastungen durch Familie, Umwelt und Arbeitsaufnahme, schnell psychotische Störungen zurück. Der Kranke wird bald wieder in das Krankenhaus eingewiesen, wobei nicht selten Angehörige, Umwelt und Psychiater durch den Mißerfolg enttäuscht sind. Darin könnte eine Erklärung für die Häufigkeit von Krankhausaufenthalten in den letzten 2 Jahren vor der Dauerunterbringung liegen. Zusätzlich beeinflußt ein geringer Abstand zwischen den Krankhausaufnahmen die Beurteilung der Entlassungschancen ungünstig.

Soziale Schicht und Dauerunterbringung

Die meisten langjährig hospitalisierten Schizophrenen hatten immer den untersten sozialen Schichten angehört (Tab. 2). Dafür ist die Zusammensetzung des Krankengutes der Landeskrankenhäuser als Mithilfe wahrscheinlich; in Niedersachsen bestehen immerhin 2 größere private Nervenkrankenhäuser. Es ist fraglich, ob in diesen Krankenhäusern die unterste Mittelschicht und obere Unterschicht nach dem Schema von Moore u. Kleining stärker vertreten sind; dagegen sind dort die oberen Schichten, die in unserem Krankengut fehlen, wahrscheinlich überrepräsentiert. Da in unserem Gesamtmaterial die langjährig untergebrachten Schizophrenen, ebenso wie in anderen Statistiken (z. B. [18]), rund $\frac{1}{4}$ der psychiatrischen Krankenhausbetten belegen,

wird man die Auswahl durch die privaten Nervenkrankenhäuser nicht als speziell niedersächsisches Problem ansehen dürfen.

Eine höhere Incidenz von Kranken mit der Diagnose Schizophrenie in den unteren sozialen Schichten fanden Hollingshead-Redlich in ihrer berühmten Untersuchung in der Bevölkerung von New Haven; zusätzlich stellten sie fest, daß die Schizophrenen aus der untersten Schicht länger hospitalisiert, öfter nicht behandelt und öfter nach langem Krankheitsverlauf von den Behörden eingewiesen worden waren. In Großbritannien hatte Cooper keine Unterschiede in der Art der Behandlung, aber deutlich längere Behandlungszeiten und höhere Dauerunterbringungsraten für die unterste Schicht gefunden. Für die Bundesrepublik Deutschland lassen die Ergebnisse der Mannheim-Studie [7] ähnliche Überrepräsentationen der unteren Schichten bei den Schizophrenen erwarten, wie sie erstmals von Faris-Dunham für Chicago gefunden wurden. Unsere Resultate zeigen, daß unter den in Landeskrankenhäusern daueruntergebrachten Schizophrenen die unteren sozialen Schichten ebenfalls stark überrepräsentiert sind. Man wird daher die vor allem in den angelsächsischen Ländern gefundenen Zusammenhänge zwischen Schizophrenie und sozialer Klasse als auch für die Bundesrepublik zutreffend ansehen müssen.

Die Ursachen und das Ausmaß der Überrepräsentation der untersten Schichten bei den Schizophrenen ist umstritten [3, 7, 9]. Die meisten Untersucher stimmen darin überein, daß sie sich nicht allein durch ein soziales Absinken infolge der Krankheit erklären läßt [7]. Wir fanden nur bei 3,4% einen krankheitsbedingten Abbruch der Berufsausbildung und bei 1,7% einen krankheitsbedingten Abbruch der Schulbildung; nur für diese Patienten ist ein Zusammenhang zwischen Krankheit und niedriger sozialer Klasse gesichert. Da wir den höchsten erreichten sozialen Stand bewerten, muß man bei der Mehrzahl der übrigen Kranken für ein soziales Absinken gegenüber dem Vater andere Ursachen annehmen. Auch die bei 16% der Dauerhospitalisierten vorhandene Minderbegabung erklärt das häufige soziale Absinken nicht, da die Korrelation zwischen Minderbegabung und sozialem Abstieg relativ niedrig war. Goldberg-Morrison hatten in Großbritannien die soziale Schicht der Väter bei der Geburt der Patienten mit der Bevölkerung verglichen und keine Unterschiede zwischen den sozialen Schichten der Väter und dem Bevölkerungsdurchschnitt festgestellt, während die untersten Schichten bei den Kranken selbst überrepräsentiert waren. Die Autoren führten das soziale Absinken der Schizophrenen auf die Krankheit und auf prämorbide Faktoren zurück. In der Tat verweisen die psychopathologischen Begriffe wie „prämorbide Persönlichkeit“, „schizoide Persönlichkeit“ oder die „lebenslange Entwicklung des Egopathen“ [13] auf lange vor Ausbruch der offenen Symptome bestehende soziale Anpassungsschwierigkeiten.

rigkeiten. Hierher gehört auch die höhere Ledigenquote der Schizophrenen, die nicht vom Krankheitsbeginn abhängt und für die Ödegaard nachgewiesen hat, daß sie auf einer Auswahl infolge der Persönlichkeit zurückgeht („Selektionshypothese“). Entsprechend korrelieren in unserem Material unterste soziale Schicht und „ledig“ miteinander. Der soziale Abstieg im Vergleich zum Vater erscheint so als Ausdruck sozialer Anpassungsschwierigkeiten vor Ausbruch der eindeutig psychotischen Symptome.

In Übereinstimmung mit anderen Autoren zeigen unsere Ergebnisse, daß die Behandlung von der sozialen Schicht nicht unabhängig war. Die höchsterreichte soziale Schicht des Kranken hing mit der Zahl der Krankenhausaufenthalte vor der Dauerunterbringung zusammen: Kranke aus der untersten Schicht kamen schon bei einer früheren Aufnahme zur Dauerunterbringung; d. h. sie hatten geringere Entlassungschancen. Der soziale Stand vor Krankheitsbeginn, den wir nicht nach der höchsten eigenen Leistung, sondern nach dem realen Stand vor Beginn der Psychose und damit oft unter Verwendung der sozialen Schicht des Haushaltungsvorstandes (etwa bei Schülern, Lehrlingen, Hausfrauen) bewerteten, korrelierte relativ hoch mit der Zahl der Krankenaufnahmen ($CC = 0,409$), während dies für den nach den gleichen Kriterien beurteilten sozialen Stand vor Beginn der Dauerhospitalisierung nicht mehr zutraf. Man muß daraus schließen, daß der soziale Stand, auch wenn er nicht durch eine aktive eigene Leistung zustande kommt, zumindest die Entlassungsaussichten eines Schizophrenen beeinflußt. Schließlich weist die positive Korrelation zwischen abgeschlossener Berufsausbildung und ausreichender Frühbehandlung darauf hin, daß sich die Behandlung der Kranken nach ihrer sozialen Stellung unterscheidet. Dies stimmt mit den Befunden von Moore u. Mitarb. überein, die fanden, daß die Einstellung des Psychiaters und die von ihm eingeschlagene Therapie von dem sozialen Stand des Kranken abhängt.

Wichtiger freilich als die im ganzen immer noch ungeklärten Zusammenhänge zwischen chronischer Schizophrenie und sozialer Klasse erscheinen uns die Konsequenzen aus diesen Befunden. Die Psychiatrie der chronischen Schizophrenie im Landeskrankenhaus ist eine Behandlung von Kranken aus den untersten Schichten. Aus gruppentherapeutischen Überlegungen wurden in dem ersten großangelegten sozialpsychiatrisch orientierten Rehabilitationsmodell der Bundesrepublik Angehörige der unteren sozialen Schichten ausgeschlossen [6]. Auch dies weist darauf hin, daß die somatischen Behandlungsverfahren in absehbarer Zeit die Haupttherapiemöglichkeit für die chronischen Schizophrenen im Landeskrankenhaus bleiben werden.

Obwohl nur ein kleiner Teil der Dauerhospitalisierten ausreichend somatisch frühbehandelt worden war, scheinen noch größere Möglich-

keiten einer Reduktion chronischer Hospitalisierungen gegeben zu sein. Durch eine zusätzliche Soziotherapie, die nicht nur den Hospitalismus vermeidet, sondern durch gestufte Rehabilitation durch *sinnvolle* Arbeitstherapie, beschützende Werkstatt und geschützten Arbeitsplatz, sowie durch Übergangsheime, Tag- und Nachtkliniken den großen Sprung von einschränkendem und beschützendem Krankenhaus zu ungeschützter Freiheit überbrückt, müßte es gelingen auch bei Schizophrenen aus den untersten Schichten eine langjährige Hospitalisierung zu vermeiden.

Literatur

1. Clausen, J. A., Kohn, M. L.: Relation of schizophrenia to the social structure of a small city. In: Pasamanick, B. (ed.): Epidemiology of mental disorder. Washington, D. C.: American Association for the Advancement of Science 1959.
2. Cooper, B.: Social class and prognosis in schizophrenia. Brit. J. prev. soc. Med. **15**, 17—41 (1961).
3. Dunham, H. W.: Community and schizophrenia. Detroit: Wayne State University Press 1965.
4. Faris, R. E. L., Dunham, H. W.: Mental disorder in urban areas. Chicago: University of Chicago Press 1939.
5. Goldberg, E. M., Morrison, S. L.: Schizophrenia and social class. Brit. J. Psychiat. **109**, 785—802 (1963).
6. Häfner, H.: Ein sozialpsychologisch-psychodynamisches Modell als Grundlage für die Behandlung symptomarmer Prozeßschizophrenien. Soc. Psychiat. **1**, 33—37, 88—96 (1966).
7. — Modellvorstellungen in der Sozialpsychiatrie, dargestellt am Beispiel einiger psychiatrisch-epidemiologischer Forschungsergebnisse. Z. Psychother. med. Psychol. **19**, 85—114 (1969).
8. Hartmann, W.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Soc. Psychiat. **4**, 101—114 (1969).
9. Hollingshead, A. B., Redlich, F. C.: Social class and mental illness. New York: Wiley 1958.
10. Huber, G.: Diskussionsbemerkung: In: Panse, F. (ed.): Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Enke 1967.
11. Janzarik, W.: Diskussionsbemerkung. In: Panse, F. (ed.): Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Enke 1967.
12. Jonas, R., Oberdalhoff, H.-E., Schulze, H. H.: Die Besuchsfrequenz an psychiatrischen und nichtpsychiatrischen Krankenhäusern. Soc. Psychiat. **4**, 69—75 (1969).
13. Kisker, K. P.: Der Egopath: Problemkind der Familienforschung bei Schizophrenen. Soc. Psychiat., **3**, 19—23 (1968).
14. Lange, M.: Statistische Erhebungen über langjährig behandelte Schizophrenie-Kranke. Inaug.-Diss., Göttingen 1965.
15. Mohs, U.: Statistische Untersuchungen an langjährig hospitalisierten Schizophrenen. Nervenarzt **37**, 34—36 (1966).
16. Moore, H., Kleining, G.: Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner Z. Soziol. soz. Psychol. **12**, 86—119 (1960).
17. Moore, R. A., Benedek, E. P., Wallace, J. G.: Social class, schizophrenia and the psychiatrist. Amer. J. Psychiat. **120**, 149—154 (1963).

18. Müller, H. W.: Häufigkeit und Struktur der schizophrenen und manisch-depressiven Psychosen. In: Panse, F. (ed.): Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Stuttgart: Enke 1967.
19. Müller, M.: Die Therapie der Schizophrenien. In: Gruhle, H. W. (ed.): Psychiatrie der Gegenwart, Band II, Klinische Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960.
20. Ödegaard, Ø.: Marriage rate and fertility in psychotic patients before hospital admission and after discharge. *Int. J. Soc. Psychiat.* **6**, 25–33 (1960).
21. Reimann, H.: Die Gesellschaft und der Geisteskranken. *Soc. Psychiat.* **4**, 87–94 (1969).
22. Sachs, L.: Statistische Auswertungsmethoden. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968.
23. Star, S. A.: The public's ideas about mental illness. A paper presented to the annual meeting of the National Association for Mental Health. Indianapolis, 1955 (hektograf.).
24. Terris, M.: Use of hospital admissions in epidemiologic studies of mental disease. *Arch. gen. Psychiat.* **12**, 420–426 (1965).

Dr. Wolfgang Hartmann
Psychiatrische Klinik und Poliklinik
der Universität Göttingen
3400 Göttingen, v. Sieboldstr. 5