

Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“  
Diagnostik - Therapie - Arzt-Patient-Beziehung

Vorträge einer Internationalen Tagung

Tübingen, 4.-5. Oktober 2002

Mit Beiträgen von Albrecht Hirschmüller, Thomas Beddies,  
Annett Moses, Claudia Stäbler, Sandra Josefin Schweizer,  
Stefanie Weismann-Günzler, Kaspar Domeyer, Heidi von Jurczyk,  
Julia Gnann, Andrea Henzler und Michael Neumann

Herausgegeben von Albrecht Hirschmüller und Annett Moses  
Textbearbeitung Thorsten Doneith

Tübingen

2002

## Vorträge des ersten Tages:

### Die Klinik unter Ludwig Binswanger sen. (1857 – 1880) und Robert Binswanger (1880 – 1910)

- A. Hirschmüller: Einführung
- Th. Beddies: Zur Methodologie der wiss. Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten
- A. Moses: Das Tübinger Projekt zur Erschließung und Auswertung der Krankengeschichten des Binswanger-Archivs.  
Methoden und Ergebnisse Teil 1
- C. Stäbler: Fallstudie *Emma U.*: Eine lebensmüde Frau
- S. Schweizer: Fallstudie zu *Fabrice de P.*: Ein Fall von „moralischem Schwachsinn“
- S. Weismann-Günzler: Fallstudie *Marie L.*: Eine Lustreise nach Italien
- A. Moses: Diagnosen und ihre Wandlungen - Entwicklungen psychiatrischer Therapie.  
Methoden und Ergebnisse Teil 2
- K. Domeyer: Fallstudie *Luise R.*: Ein Fall von Hysterie
- H. v. Jurczyk: Fallstudie *George Miller*: Ein Neurastheniker
- J. Gnann: Fallstudie *Emmy Haller*: Dementia praecox paranoides
- A. Henzler: Fallstudie *Wilfried H.*: Eine frühe Psychoanalyse Ludwig Binswangers
- M. Neumann: Fallstudie *J. v. T.*: Ein Patient Sigmund Freuds

Thomas Beddies:  
Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung  
psychiatrischer Krankengeschichten

Meine Damen und Herren,  
im Titel meines Beitrags heißt es „zur Methodologie“ und nicht „die Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten“.

- Dadurch soll zum einen deutlich gemacht werden, dass es bislang keine Vorgehensweise bei der historischen Analyse psychiatrischer, aber auch anderer Krankengeschichten gibt, die Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben könnte. Und wenn auch - schon unter dem Gesichtspunkt der Vergleichbarkeit - auf die Erfahrungen aus abgeschlossenen Projekten zunehmend zurückgegriffen werden wird, so steht doch eine Standardisierung der Methoden noch in weiterer Ferne.
- Zum anderen kann ich, indem ich hier lediglich einen Beitrag „zur Methodologie“ leiste, sehr viel unbefangener auf die Erfahrungen unseres Berliner Projektes der Jahre 1995 - 1998 zurückgreifen.

Der Titel des von der DFG geförderten Vorhabens lautete „Patientenbeschreibung der Wittenauer Heilstätten in Berlin. 1919-1960“.<sup>1</sup> Hätten wir seinerzeit statt „Patientenbeschreibung“ den Begriff „Patientengeschichte“ gewählt, so hätten wir uns damit auch begrifflich stärker dem angenähert, was wir eigentlich beabsichtigten und was etwa die Robert-Bosch-Stiftung seit 1998 als Schwerpunkt ihrer Forschungsarbeit ausweist, nämlich eine patientenorientierte Geschichtsschreibung als Beitrag zur Sozialgeschichte der Medizin.

Das Projekt unter der Leitung des Medizinhistorikers Rolf Winau war interdisziplinär besetzt; meine damalige Kollegin ist Kinderärztin und Ärztin für Humangenetik, ich selbst bin Historiker; unsere vier sog. studentischen Hilfskräfte sind allesamt examinierte bzw. promovierte Historikerinnen und Historiker. Ich glaube sagen zu können, dass wir sowohl in Bezug auf die unterschiedlichen Vorgehensweisen von Geistes- und Naturwissenschaftlern als auch in Bezug auf die jeweiligen fachlichen Inhalte viel voneinander gelernt haben.

Im Mittelpunkt unserer Untersuchung standen die Patienten einer Berliner städtischen Heil- und Pflgeanstalt in der Zeit zwischen dem Ende des Ersten Weltkriegs und dem Bau der Mauer 1961; Menschen also, die in der Folge psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung stationär in die Anstalt aufgenommen worden waren und häufig über einen längeren Zeitraum dort verblieben. Und es sollte dabei eben nicht nur um eine historische Untersuchung von Krankheit und Versorgung im Bereich einer medizinischen Disziplin gehen. Vielmehr war beabsichtigt, anhand der überlieferten Krankengeschichten auch und vor allem die Lebensumstände der Patienten, ihr soziales Umfeld, den medizinischen wie auch administrativen Umgang mit ihnen und ihren Angehörigen vor dem jeweiligen ereignisgeschichtlichen Hintergrund zu betrachten. Unter Berücksichtigung der sozialen, ökonomischen und auch kulturellen Aspekte sollte im Ergebnis ein möglichst scharf umrissenes Bild der Klientel einer großen psychiatrischen Versorgungseinrichtung in drei politischen Systemen entstehen.

(Damit kann unsere Herangehensweise gewissermaßen „naiv sozialpsychiatrisch“ genannt werden; denn die Fragen, die in der Planungs- und Beantragungsphase des Projektes im Hintergrund standen, lauteten etwa: Macht Wohnen krank, macht Arbeit oder Arbeitslosigkeit krank, macht Krieg krank, gibt es einen erkennbaren Beitrag der Psychiatrie zur „Lösung der sozialen Frage“? Dient die Psychiatrie in spezifischer Weise dem jeweiligen politischen System?)

---

<sup>1</sup> Beddies und Dörries (1999).

Unsere damalige stark quantitativ ausgerichtete Untersuchung ist nach meiner Kenntnis in dieser Form im deutschen Sprachraum erstmalig vorgenommen worden. Wir betraten sowohl hinsichtlich der Quellengattung als auch hinsichtlich der Analyse-Methode weitgehend neues Terrain und hatten schon deshalb mit zwei grundsätzlichen Schwierigkeiten zu kämpfen: Im Hinblick auf die Vorgehensweise konnten wir nur auf ganz wenige publizierte Erfahrungen zurückgreifen und im Hinblick auf die Einordnung der Ergebnisse bestand ein eklatanter Mangel an Vergleichszahlen. Dieses letzte Handicap hatte vor allem mit unserer Vorreiterrolle zu tun und war insofern unvermeidbar; es hatte aber auch mit der Endlichkeit von Zeit, Geld und Arbeitskraft zu tun und wäre insofern vielleicht vorhersehbar und wenigstens ansatzweise auszugleichen gewesen. Wir hatten uns - einfach gesagt - sehr viel vorgenommen.

Die wenigen Erfahrungen mit der Auswertung von Krankengeschichten, auf die wir zurückgreifen konnten, stammten vor allem aus Großbritannien. Die dortigen Untersuchungen hatten sich zwar vornehmlich auf Studien mit einem zeitlichen Schwerpunkt im 19. Jahrhundert und einem geographischen in England und Schottland bezogen; doch fanden wir die Erfahrungen durchaus auch für unseren Kulturkreis und unseren Zeitraum bestätigt. Hilfreich waren hier vor allem die Beiträge von Anne Digby, Michael MacDonald und Guenter B. Risse in einem von Roy Porter und Andrew Wear 1987 herausgegebenen Sammelband<sup>2</sup> und vor allem Daniel Greensteins Band „A Historians guide to computing“ von 1994<sup>3</sup>. Greenstein weist u. a. auf die notwendige Ergänzung und Verifizierung der aus den Krankengeschichten erhobenen Informationen aus anderen Quellen (statistische Daten, Briefe, Verwaltungsakten, Aufnahme- und Entlassungsbücher, Apothekenlisten etc.) hin. Auch gibt er zu bedenken, dass in der Quelle „Krankenakte“ der Alltag der Krankenversorgung nicht notwendigerweise vollständig dokumentiert wurde und damit auch nicht oder nur mittelbar durch zusätzliche Informationen rekonstruierbar ist. Die psychiatrische Krankengeschichte spiegelt eben nicht die Summe aller diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen etc. Maßnahmen wider, sondern nur die Summe aller dokumentierten Maßnahmen. Zu fragen wäre dementsprechend: Was wurde warum nicht dokumentiert und auf welchem Wege sind diese Informationen evtl. zu ergänzen?

Im Hinblick auf ergänzende Quellen mussten wir leider feststellen, dass abgesehen von den fünfziger Jahren keine Jahresberichte der Wittenauer Heilstätten vorhanden waren, so dass auf diese informative Quelle, die einen ergänzenden Einblick in die Krankenhausführung und -planung ermöglicht hätte, verzichtet werden musste. Es lagen allerdings statistische Angaben über Aufnahme- und Entlassungszahlen für den gesamten Zeitraum vor (ausgenommen für die Kriegsjahre 1939-45). Außerdem bildeten zahlreiche Publikationen von medizinischen und Verwaltungsmitarbeitern der Heilstätten sowie verschiedene Dokumente und Verwaltungsakten eine Basis zur Beurteilung spezieller Verfahrensweisen innerhalb der Klinik. Mit Hilfe dieser zusätzlichen Quellen konnten die Information aus den Krankenakten tatsächlich entscheidend ergänzt werden.

Dies vorausgeschickt, möchte ich zwei wichtige Entscheidungen etwas näher erläutern, die wir bereits in einem frühen Stadium der Projektplanung trafen:

1. Es sollte nicht der gesamte Bestand von Akten, sondern nur eine repräsentative Stichprobe untersucht werden.
2. Es sollte das Projekt mit Hilfe moderner Datenverarbeitungstechnik verwirklicht werden, was bereits eine Vorentscheidung in Richtung auf eine überwiegend quantitative Ausrichtung der Untersuchung mit sich brachte.

Zu 1.: Die wenigen Bestände historischer Krankengeschichten in Deutschland findet man hauptsächlich in psychiatrischen Krankenhäusern. Der Grund dafür liegt einerseits in der weitläufigen Bauweise (Pavillonstil mit mehreren unterkellerten Gebäuden) der meist in der zweiten Hälfte des

---

<sup>2</sup> Porter und Wear (1987).

<sup>3</sup> Greenstein (1994).

19. Jahrhunderts errichteten „Irrenanstalten“, andererseits aber auch in dem inhaltlichen Interesse, welches sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts zunehmend auf Fragen der Eugenik und Eheberatung für den klinischen Alltag bezog. Die Wittenauer Heilstätten bewahrten nahezu alle Krankenakten seit der Gründung im Jahr 1880 auf. Der Bestand umfasst ungefähr 100.000 Einheiten der Jahre 1880-1960. Diese sind aufgeteilt in zwei Archivbestände: ein Teil besteht aus handgeschriebenen fadengehefteten Akten (1880-1932), ein zweiter - begonnen im April 1932 - besteht hauptsächlich aus Maschinen geschriebenen, schnellgehefteten Akten (1932-1960). Für die Analyse benötigten wir eine repräsentative und in Bezug auf Zeit- und Personalaufwand praktikable Stichprobe. Es wurden für die betreffenden Jahre 1919-1960 (Bestand ca. 50.000 Krankenakten) 4.000 Akten (entsprechend 8 %) untersucht. Dabei handelte es sich jedoch - um hier genau zu sein - um eine repräsentative Auswahl aus allen noch vorhandenen Krankengeschichten des Untersuchungszeitraums, nicht um eine repräsentative Auswahl der Krankengeschichten aller aufgenommenen Patienten. Es war deshalb notwendig, sich über die Überlieferungsgeschichte des Bestandes Klarheit zu verschaffen; so weit möglich geschah dies bereits in der Planungsphase, viele Details wurden uns aber auch erst im Verlauf der eigentlichen Projektarbeit deutlich: Wie war das Archiv aufgebaut (alphabetisch, chronologisch, nach Stationen, Forschungsinteressen etc.)? Wie viele Akten wären an sich zu erwarten gewesen (Angaben aus Aufnahmebüchern etc.), wie groß war die tatsächliche Zahl der Akten? Welchen Zeitraum umfasste die Überlieferung? Gab es eine kontinuierliche Überlieferung des Bestandes? Bezog sich ein eventueller Aktenschwund auf die gesamte Überlieferung oder nur auf bestimmte sachlich, zeitlich oder sonst wie eingrenzbar Teilüberlieferungen. Wie wäre Aktenschwund zu erklären: administrativ (Mitgabe bei Verlegung; Vernichtung nach einer bestimmten Frist), äußere Ursachen (Feuer, Wasser, Krieg); selektive Vernichtung (politisch oder anders motiviert)? In einem weiteren Schritt war auch zu fragen, ob einzelne Akten unter bestimmten Gesichtspunkten gesäubert worden waren. Die Geschichte des Bestandes musste also genau erforscht werden, was in vielerlei Hinsicht gleichbedeutend war mit der Erforschung der Geschichte der Institution.

In Wittenau liegen die Akten in alphabetischer Ordnung, versehen jeweils mit einer „Patientennummer“. Wir entwickelten - unterstützt von Medizin-Statistikern - ein System, das es ermöglichte, beliebig viele Akten nach einem Zufallsprinzip zu ziehen und zu bearbeiten. Der Vorteil dieses Vorgehens war die Möglichkeit, die Studie zu jedem Zeitpunkt ohne Verlust der Repräsentativität abbrechen (und auch wieder aufnehmen) zu können.

Methodisch fiel die Wahl auf die Zeitreihenanalyse, da das Hauptinteresse auf Kontinuität und Diskontinuität im Alltag der psychiatrischen Versorgung vor dem jeweiligen gesellschaftlichen Hintergrund lag. Für eine umfassende Analyse einzelner Stationen hätte sich zusätzlich eine Zensusuntersuchung angeboten, die beispielsweise Patienten und Personal einer bestimmten Abteilung während festgelegter Zeiträume analysiert hätte. Diese Möglichkeit könnte in einer Anschlussstudie auf Grundlage der vorliegenden Daten und anderer Primärquellen (z. B. der Aufnahmebücher) umgesetzt werden.

Zu 2.: Die Entwicklung neuer Software - meist schon basierend auf der Benutzeroberfläche Windows - hat zu einer Vereinfachung, ja häufig überhaupt erst zu der Möglichkeit der Durchführung umfangreicher quantitativer Analysen geführt, indem sie die Erfassung großer Datenmengen erleichtert und einen flexibleren Umgang mit ihnen erlaubt, als dies mit den traditionellen historischen Methoden möglich war. Es bietet sich so die Möglichkeit, eine Vielzahl von Parametern abzufragen und in der Summe der Ergebnisse etwa auch alltägliche Aktivitäten in der Klinik unter Einbeziehung mehrerer Perspektiven (z. B. Patient, Pflegepersonal, Ärzte) zu rekonstruieren und zu bewerten. Im internen Netz der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik stand uns das unter Windows installierte relationale Datenbankprogramm MS-Access für die Datenaufnahme und Analyse zur Verfügung. Eine relationale Datenbank bietet die Möglichkeit, mehrere Tabellen miteinander zu verbinden. Es wird kein Speicherplatz verschenkt, da Daten, die für verschiedene Analysen gebraucht werden, nicht mehrmals gespeichert werden müssen. Die Möglichkeiten dieser Software prägen entscheidend das Vorgehen unserer Studie. Das Programm ermöglichte

die Aufnahme der Daten mittels sog. Formulare (Eingabemasken) und die anschließende Tabellenkalkulation.

Kontinuierliche und relationale Tabellen gaben zwar Möglichkeiten zur quantitativen Analyse, sie ermöglichten jedoch keine standardisierten Formen einer qualitativen Untersuchung. Wir haben deshalb die sechs Eingabe-Formulare jeweils mit einem Anmerkungsfeld versehen, das die Möglichkeit zur unlimitierten Transkription von Aktenauszügen bot. Schlüsselworte ermöglichten ein Wiederauffinden dieser Textpassagen.

Untersuchungszeitraum:

Den Untersuchungszeitraum dehnten wir bewusst auf die Zeit vor 1933 und nach 1945 aus, um von der isolierten Betrachtung der Zeit des Nationalsozialismus loszukommen (als Anhaltspunkte für mögliche Periodisierungsversuche zur Strukturierung des Untersuchungszeitraums sollen hier nur einige willkürlich herausgegriffene Stichpunkte genannt werden: Ende des Ersten Weltkriegs, Gründung Groß-Berlins, Reform-Psychiatrie in der Weimarer Republik, Weltwirtschaftskrise, Machtergreifung, Zweiter Weltkrieg, unmittelbare Nachkriegszeit, Kalter Krieg, Mauerbau).

Quellenkritik:

Unter dem Stichwort „Quellenkritik“ ist noch auf eine grundsätzliche Entscheidung im Umgang mit den Akten hinzuweisen. Krankengeschichten, zumal psychiatrische Krankengeschichten, bieten hinsichtlich ihrer Nutzung als historische Quellen erhebliche Schwierigkeiten, eröffnen aber auch besondere Chancen. Problematisch ist zweifellos die häufig kaum durchschaubare Gemengelage von Schein und Sein in diesen Unterlagen. Stellt man an das eine Ende einer „Skala historischer Rationalisierbarkeit“ etwa den komplett ausgefüllten und gut lesbaren Laborzettel mit dem Ergebnis einer Blutuntersuchung, so gehört an das andere Ende vielleicht die in allen Einzelheiten geschilderte soziale Erfolgsgeschichte eines Patienten, die sich letztlich als Größenwahnvorstellung eines Paralytikers herausstellt. Zwischen diesen Extremen sind die in Bezug auf Form, Inhalt, Ursprung und Entstehungszeitpunkt stark differierenden Nachrichten angesiedelt. Bezeichnend ist dabei auch die häufig vielfache Brechung der Informationen („Hausarzt gibt an, der Bruder des Patienten habe ihm berichtet, dass schon der Vater stark getrunken habe, auch soll die Mutter nervös gewesen sein“). Den Schwierigkeiten der Erfassung gerade auch der nicht verifizierbaren Sozialdaten und Lebensgeschichten der Patienten konnte letztlich nur auf einem Wege begegnet werden. Es wurde entschieden, den Angaben der Patienten und den Angaben der Angehörigen grundsätzlich zu glauben. Ergaben sich unauflösbare Widersprüche in den Angaben, so wurden diese nicht verwertet.

Parameter:

Es stellte sich nun die Frage, welche Informationen aus den einzelnen Akten überhaupt erhoben werden konnten und sollten. Waren diese Informationen aus allen Akten zu erheben oder nur aus wenigen, würde dies Folgen für die Untersuchung haben? Wie viel Zeit würde die Auswertung in Anspruch nehmen? Mache die Erhebung bestimmter Variablen, etwa unter dem Gesichtspunkt des Verhältnisses von Aufwand und zu erwartendem Erkenntnisgewinn überhaupt Sinn?

Wir haben im Verlauf der Projektbeantragung zur Klärung dieser Fragen einen Probelauf unternommen, ohne dass ich diesen als regelrechte Machbarkeitsstudie bezeichnen würde, wie sie etwa im Vorfeld der jetzt im Bundesarchiv laufenden Untersuchung mit erheblichem Aufwand erstellt wurde. Immerhin konnten wir noch vor dem Beginn der eigentlichen Erhebung eine Reihe von Erfahrungen sammeln und Fehler und unnötige Arbeit in der Studie vermeiden. Wir haben dabei u. a. bestätigt gefunden, dass ein völlig unvoreingenommenes Herangehen an die Akten und damit ja auch an die Lebensschicksale der Patienten nicht möglich ist. Trotzdem haben wir uns schon deshalb bemüht, den subjektiven Faktor bei der Analyse möglichst klein zu halten, da ja zu fordern war, dass die Mitarbeiter der Arbeitsgruppe gleiche Sachverhalte möglichst auch gleich einzugeben hätten. Gleiches war als gleich zu erkennen und gleich zu benennen (Kategorisierung). Da ging es dann etwa bei der Frage, wie die soziale Realität der Patienten einzuschätzen sei, in

zahlreichen Diskussionen recht lebhaft zu. Fraglich war auch, inwieweit man der zeitgenössischen Struktur der Akten und den damaligen Wertvorstellungen folgen sollte (Unehelichkeit, Armut, Arbeitslosigkeit, Kriminalität, Rasse, Erblichkeit, etc.). Was bringt es uns heute an Erkenntnisgewinn, wenn in direkter Anlehnung an zeitgenössische Fragestellungen eine klare Verbindungslinie zwischen Fürsorgeerziehung, Psychopathie, Berufsverbrechertum und der Erblichkeit dieser Faktoren hergestellt wird? Oder von Labilität, juveniler Schizophrenie, Ehelosigkeit, Berufstätigkeit von Frauen und Rassefragen? Hier mussten wir uns immer wieder selbst zur Ordnung rufen und zur Ordnung rufen lassen, um nicht noch 50 Jahre nach den Ereignissen alten Rattenfängerweisen nachzufolgen. In Erkenntnis der Sachlage haben wir in den Arbeitsbesprechungen unser Eingabeverhalten immer wieder diskutiert und reflektiert. Es bleibt jedoch festzuhalten, dass uns dieses Problem bis zum Ende des Projektes, eigentlich bis in die Endredaktion unseres Abschlussberichtes hinein beschäftigt hat. Dies, zumal sich recht bald herausstellte, dass die einfache Übernahme bestimmter Daten aus den Akten nicht ausreichte. So sagte etwa die Angabe des erlernten Berufes nichts über die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit und die soziale Stellung des Patienten oder der Patientin zum Zeitpunkt der Aufnahme aus. Eine soziale Kategorisierung nicht berufstätiger Frauen konnte in der Regel nur über eine entsprechende Einschätzung des Ehemannes erfolgen. Andererseits waren nicht alle nicht berufstätigen Frauen auch Hausfrauen. Auch aus der einfachen Übernahme des angegebenen Familienstandes konnte kaum auf die soziale Realität eines geschiedenen Patienten oder einer verwitweten Patientin geschlossen werden.

An die praktischen Grenzen unseres Erfassungssystems stießen wir bei der Rekonstruktion langjähriger Anstaltskarrieren mit zahlreichen Aufnahmen und Entlassungen. Hier war eine Erfassung, geschweige denn eine Auswertung der Daten kaum mehr möglich.

Die beschriebenen Probleme wirkten sich natürlich auch auf die mehrfach modifizierte Struktur unserer Abfrageformulare aus, auf die ich im folgenden kurz eingehen will.

Struktur der Formulare:

Für die Dateneingabe, die sowohl die Kategorisierung als auch die Suche nach individuellen Lebensgeschichten ermöglichen sollte, wurde der letzte Aufenthalt der Patienten als Bezugspunkt gewählt. Aufnahmedatum, Aufnahmeort, Aufenthaltsdauer, Name, Geburtsjahr, Diagnose und andere persönliche Daten wurden in ein „Stammdaten-Formular“ eingegeben, welches wiederum mit fünf anderen Formularen verknüpft wurde.

Es wurden außerdem folgende weitere Formulare erstellt: „Medizindaten“ mit Eingabe zusätzlicher diagnostischer Angaben und therapeutischer Maßnahmen sowie Informationen zum Krankheitsverlauf und dem Verhalten der Patienten sowie Daten hinsichtlich der Familienanamnese, „Sozialdaten“ mit Angaben zum sozialen Umfeld einschließlich der beruflichen und privaten Lebensgeschichte, „Sterilisationsdaten“, „Sektionsdaten“ und „Daten über frühere Aufenthalte“ für bis zu fünfzehn vorherige stationäre Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken. Insgesamt standen so 327 Eintragsfelder für jeden Patienten zur Verfügung. Aufgrund von teilweise erheblichen Informationslücken in den einzelnen Akten lag die Zahl der tatsächlichen Eingaben für den überwiegenden Teil der Patienten jedoch deutlich unter den theoretisch denkbaren. Während der letzte stationäre Aufenthalt der Patienten detailliert aufgenommen wurde, beschränkten wir uns bei den vorherigen Aufenthalten auf eine Kurzform mit Aufnahmedatum, Diagnose, Krankenhaus und Anmerkungen.

Um eine weitgehende Einheitlichkeit in der Dateneingabe zu gewährleisten, wurden sog. Pull-down-Menüs erstellt, die eine standardisierte Dateneingabe gewährleisten sollten. Während der Dateneingabe führten wir kontinuierlich eine zeitaufwendige, aber notwendige Überprüfung der ermittelten Daten mit Rechtschreibkontrolle und Kategorisierung durch (Datenpflege). Um Einheitlichkeit und Plausibilität der Einträge zu gewährleisten, wurde diese Tätigkeit arbeitsteilig nur von zwei Personen der Projektgruppe durchgeführt. Im Verlauf der Dateneingabe ermöglichte dieses Vorgehen, den Überblick über die gesamte Datenbank zu behalten und die Entwicklung von Fragestellungen für die abschließende Auswertung voranzutreiben. Auf eine Vervollständigung

der Analyse mit Hilfe eines ausgewiesenen Statistikprogramms (z. B. SPSS) musste aus Kapazitätsgründen verzichtet werden. Access selbst ist in Bezug auf spezielle statistische Analysen zwar limitiert, hat aber den Vorteil, dass im Gegensatz zu Statistikprogrammen eine detaillierte Dateneingabe möglich ist.

Struktur der Datenbank:

Zur Gewinnung eines umfassendes Bildes des Stationsalltags, der Funktion verschiedener Stationen und Häuser und der Psychiater wurden mehrere Tabellen direkt und indirekt inhaltlich eingebunden. Direkte Einbindung bedeutete, dass die Information hauptsächlich aus Krankenakten und nur teilweise aus anderen Quellen erfasst wurde; indirekte Einbindung bezog sich auf Informationen, die ausschließlich aus anderen Quellen erhoben wurden. Direkt verbunden waren Tabellen über einzelne Häuser (Pavillons) der Heilstätten (12), über angestellte Psychiater (194 Psychiater, 49 Psychiaterinnen), über angewandte Medikamente (324 Medikamente) und über einweisende und aufnehmende Kliniken und Heime (141 Krankenhäuser und Heime). Während der individuellen Dateneingabe der Krankenakten wurden die zusätzlichen Informationen in die verknüpften Tabellen eingegeben und auf diese Weise allmählich eine Struktur entwickelt, die beispielsweise die Funktion einzelner Häuser oder die Arbeitsschwerpunkte der Psychiater zu ermitteln half. Darüber hinaus wurden mehrere Tabellen indirekt eingebunden. Hierbei handelte es sich u. a. um einen vorhandenen Bestand an Personalakten (2784 Personen). Die eingebundenen Tabellen, besonders die direkt eingebundenen, erwiesen sich als äußerst hilfreich, zur Vervollständigung des Gesamtbildes, da sie im Laufe des Projektes eine wachsende Basis neuer, nicht aus anderen Quellen zugänglicher Informationen boten. Sie eröffneten u. a. auch die Möglichkeit des Nachweises neuer Therapieformen (Kuren).

Informationsgehalt der Akten:

Anhand der Krankenakten konnten die Parameter des Stammformulars zumeist vollständig erhoben werden. So ließen sich etwa das Geschlechtsverhältnis und der Entlassungsmodus (Entlassung mit Einverständnis des Arztes, auf eigenen Willen, geflohen usw.) der Patienten ohne weiteres ermitteln. Aber auch diese Einträge bedurften z.T. der Interpretation. Dies betraf beispielsweise den Entlassungsstatus der Patienten („geheilt“, „gebessert“, „ungebessert“, „gestorben“). Die Definitionen variierten beträchtlich. Alkoholiker wurden nach einer Ausnüchterung teilweise als „ungebessert“ bezeichnet, teilweise als „geheilt“. Einige Alkoholiker verließen die Heilstätten als „gebessert“, obwohl bekannt war, dass sie weiter tranken. Diese, der individuellen Entscheidung des behandelnden Arztes unterliegenden Beurteilungen konnten zur Analyse nicht näher aufgeschlüsselt und interpretiert werden.

Die Daten des Medizinformulars waren zum größeren Teil aus den Krankenakten erhebbar. Dies betraf besonders den Aufnahmebefund mit Eigen- oder Fremdanamnese, überwiegend auch die Diagnostik. Die therapeutischen Maßnahmen mit Medikamenten, die Schockkuren und die Arbeitstherapie waren jedoch meist unzureichend dokumentiert. Beispielsweise blieb häufig die Frage offen, ob ein eingetragenes Medikament einmalig oder kontinuierlich verabreicht wurde und wann die Behandlung abschloss. Die Ärzte notierten zwar das Verhalten der Patienten bei der Arbeitstherapie in den Parks, Werkstätten oder der Küche, ein therapeutischer Hintergrund sowie Beginn und Ende der Tätigkeit blieben aber im allgemeinen ungenannt. Nur risikoreiche Therapien (z. B. Malariakur, Elektroschock, Insulinschock, Anwendung neuer Psychopharmaka) waren detailliert dokumentiert, was mit rechtlicher Absicherung und Forschungsinteressen gleichermaßen zu erklären sein dürfte. Die Dokumentation der Therapien wurde ab den fünfziger Jahren zwar ausführlicher, aber es gibt Hinweise, dass auch in dieser Zeit die Einträge bei Einzelmedikationen unvollständig vorgenommen wurden.

Die größten Informationsunterschiede betrafen das soziale Umfeld. Einerseits lagen detaillierte Schilderungen der Familienverhältnisse etwa von Alkoholikern anhand der Anamnese und der Aussagen von Angehörigen vor, welche eindrucklich den allmählichen sozialen und wirtschaftlichen Zusammenbruch verdeutlichten. Andererseits fanden sich in den Krankenakten älterer Patienten



und von Flüchtlingen in und nach dem Zweiten Weltkrieg häufig nur ganz unzureichende Informationen über Herkunft, Ausbildung, Familien oder Beruf. Im Fall der älteren, oft verwirrten Patienten fehlten kundige Angehörige oder Freunde. Im Fall der Flüchtlinge kam hinzu, dass diese im Chaos des Kriegsendes von ihren Angehörigen getrennt worden waren und bald an Entkräftung oder Infektionen starben.

Besondere Probleme bereitete die Kategorisierung der Berufe. Die große Anzahl der Berufe wurde in folgende zwei Gruppen aufgeteilt: Kategorie der Berufsgruppen (Anzahl 27), Kategorie der sozialen Schichtung (Anzahl 19). Die Einteilung erwies sich deshalb als schwierig, weil Personen mit demselben Beruf durchaus unterschiedlich in Bezug auf Einkommen und Schicht waren. Während für die Männer meist ein oder mehrere Berufe angegeben waren, fanden sich bei Frauen überwiegend keine Angaben.

Klassifikation von Erkrankungen:

Im Gegensatz zu bereits erstellten Untersuchungen über Krankenakten des 18. und 19. Jahrhunderts bestand bei der vorliegenden Studie der Vorteil, dass mit dem „Würzburger Schlüssel“ von 1933 eine feststehende Klassifikation psychischer Erkrankungen vorlag, die über den gesamten Untersuchungszeitraum hinweg anwendbar war.

Bei der Dateneingabe erfolgte anhand des Aktendeckels eine Unterscheidung zwischen Aufnahme- („vorläufiger Diagnose“) und Entlassungsdiagnose („endgültiger Diagnose“). Bei der Aufnahme-diagnose übertrugen wir die Angaben wörtlich, für die Entlassungsdiagnose übernahmen wir die vorgegebenen und in den Wittenauer Heilstätten angewandten Kategorien des Würzburger Schlüssels.<sup>4</sup> Dabei half, dass in den dreißiger Jahren alle Krankenakten der Heilstätten rückwirkend mit der neuen Klassifikationsnummer versehen worden waren. Als Hauptgründe für diese arbeitsintensive nachträgliche Klassifikation wurden eugenische und statistische Interessen angegeben. Die Aufnahme-diagnose wurde als Quellentext wörtlich erhalten, da sich die Diktion durchaus als zeit- und personenspezifisch erwies. Die persönlichen Einstellungen zu Patienten aus unteren sozialen Schichten oder älteren Menschen fanden sich seit Beginn der zwanziger Jahre mit Bemerkungen wie „vollkommen nutzlos“ oder „minderwertig“. Diese abwertenden Formulierungen änderten sich erst allmählich im Laufe der fünfziger Jahre.

Die Diagnosen wurden in weitgehender Angleichung an den Würzburger Schlüssel in drei Kategorien zusammengefasst. Die Vergabe retrospektiver Diagnosen wurde vermieden. Nur in der am weitestgefassten Kategorie fand eine Angleichung an die heutige Terminologie statt. Indem wir mit diesen drei Kategoriestufen arbeiteten (Transkription der Diagnose, erste Stufe einer Kategorisierung, zweite Stufe einer Kategorisierung) konnten äußerst variable Kreuzabfragen innerhalb der Nosologie erfolgen.

Zusammenfassung:

Unsere Analyse-Methode ermöglichte - bei zeitlich frei definierbaren Verteilungen - eine Längsschnittuntersuchung psychisch kranker und geistig behinderter Menschen und ihrer Versorgung in einer großen städtischen Heil- und Pflegeanstalt über einen Zeitraum von rund 40 Jahren. Die Krankenakten erwiesen sich als eine informative Quellengruppe, die zum einen sowohl die stationäre Versorgung als auch den administrativen Umgang mit den Patientinnen und Patienten nachvollziehbar machte. Es war uns so möglich, Muster im Verhalten gegenüber diesen Menschen herauszuarbeiten, die in unserem Ergebnisbericht im einzelnen vorgestellt werden. Zum anderen gelang uns anhand des Materials eine Annäherung an die Patientinnen und Patienten, die nicht zuletzt auf Grund der Besonderheiten psychiatrischer Krankengeschichten (Stichwort: ausführliche Familienanamnese) weit über die Medizin hinaus und in den Bereich der Sozialgeschichte hineinreichte. Fraglich bleibt meiner Meinung nach, ob das gemeinsame Merkmal dieser Menschen, ihre Eigenschaft als Psychiatrie-Patienten, ausreichende Grundlage für die Rechtfertigung

---

<sup>4</sup> Dörries und Vollmann (1997).

einer „Kollektivbiographie“ sein kann, oder ob hier nicht sehr viel stärker etwa nach Alter, Geschlecht, Diagnose etc. zu differenzieren wäre. Wir haben in unserer Auswertung erste Schritte in diese Richtung unternommen und schon vor diesem Hintergrund die quantitative durch eine gezielte qualitative Analyse und die Auswertung ergänzender Aktenbestände ergänzt. Die Forschung in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe hat sich bewährt und kann schon unter dem Gesichtspunkt der gegenseitigen Vermittlung von Fach- und Methodenkenntnissen nur empfohlen werden. Insbesondere die für die quantitative Analyse erforderliche Kategorisierung verschiedener Eintragsfelder profitierte von den eingebrachten Kenntnissen der Bearbeiter. Für die Auswertung lehnten sich die notwendigen Kategorisierungen insbesondere der Diagnosen, aber etwa auch der Berufe an die zeitgebundenen Kategorien und nicht an derzeitige Klassifikationen an.

Obwohl eine große Anzahl von Einzelinformationen theoretisch möglich war, konnte aufgrund des variierenden Inhalts der einzelnen Akten nur bei wenigen Patienten auch das Spektrum vollständig ausgeschöpft werden. Insgesamt ist jedoch davon auszugehen, dass gerade die sozialen Daten von psychiatrischen Patienten gegenüber Krankenakten aus anderen medizinischen Fachgebieten sehr viel ausführlicher dokumentiert wurden und werden. Akten neueren Datums wiesen vollständigere und ausführlichere Einträge als diejenigen der zwanziger und dreißiger Jahre auf. Sie enthielten insbesondere mehr Details über Diagnostik und Therapie (Kuren). Andererseits fiel bei diesen Akten auf, dass die ausführlichen Lebensläufe früherer Jahre, die teilweise auch von individueller und wertender - zumeist pejorativer - Terminologie geprägt waren, weitgehend fehlten. Es kann dies zweifellos auch als Ausdruck der Medizinalisierung der Psychiatrie in dieser Zeit genommen werden.

Die größte Herausforderung der Untersuchung war die Sichtbarmachung von Konstanz und Wandel während der vier Jahrzehnte des Berichtszeitraumes. Schon die Namenswechsel der Institution (Irrenhaus, Heilstätte, Klinik) geben einen Hinweis darauf, dass sich interne Gegebenheiten und Selbstverständnis änderten. So war es uns möglich, den Veränderungen des Diagnosepektrums, die veränderten Bedingungen bei der Aufnahme von Patienten und eine präzise Interpretation der Gegebenheiten innerhalb des Krankenhauses darzustellen. Zur Positionierung unserer Ergebnisse ist zu hoffen, dass baldmöglichst ein Vergleich mit anderen Kliniken möglich sein wird.

Im Ganzen haben wir bei unserer Vorgehensweise die Aussagen Daniel Greensteins in Bezug auf Arbeit mit historischen Krankenakten bestätigt gefunden. Greenstein weist für die computergestützte Analyse insbesondere auf das notwendige Bewusstsein für die Grenzen der Information, auf die Einbeziehung des Kontextes und die notwendige Selbstkritik bei der Analyse der Krankenakten hin, zerstreut aber gleichzeitig Bedenken hinsichtlich der fraglichen historischen Bedeutung von Krankenakten, der Gefahr einer rein naturwissenschaftlichen Sicht sowie des notwendigen Erwerbs ausgedehnter Computerkenntnisse und des Zeitaufwands. Ich selbst würde diesen Aussagen noch die Warnung hinzufügen, Hindernisse hinsichtlich der Operationalisierung einzelner Variablen nicht zu unterschätzen. Die präzise Abbildung einer Vielzahl von Lebenswirklichkeiten mit den letztlich doch eingeschränkten und einschränkenden Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung muss zwangsläufig zu Vereinfachungen und Nivellierungen führen, derer man sich nur dann schuldig machen darf, wenn sie transparent und nachvollziehbar bleiben und in einem Prozess ständiger Verbesserung möglichst gering gehalten werden.

Nachtrag:

Im Inland laufen nach meiner Kenntnis gegenwärtig (Herbst 2002) drei Projekte, die mit unserer Untersuchung - bezogen auf die Methode - in Verbindung zu bringen sind:

1. Die Versorgung der Patienten an der Universitätsnervenklinik der Charité in Berlin von 1920-1945. Eine Studie über den psychiatrischen Alltag (Winau/Dautz).

2. Wissenschaftliche Erschließung und Auswertung des Krankenaktenbestandes der NS-„Euthanasie“-Aktion T4 (Bestand R 179 im Bundesarchiv Berlin) (Hohendorf/Rotzoll/Fuchs u. a.).
3. Erschließung und wissenschaftliche Auswertung der Krankengeschichten des Sanatorium Bellevue (Binswanger-Archiv) (Hirschmüller/Moses u. v. a.).

Literatur:

Beddies und Dörries (1999):

Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919 – 1960. Hrsg. von Thomas Beddies und Andrea Dörries. Husum: Matthiesen 1999 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften H. 91).

Dörries und Vollmann (1997):

Andrea Dörries und Jochen Vollmann: Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“ von 1933. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 65 (1997), S. 550-554.

Greenstein (1994):

Daniel I. Greenstein: A historian's guide to computing. Oxford 1994.

Porter und Wear (1987):

Problems and methods in the history of medicine. Hrsg. von Roy Porter und Andrew Wear. London 1987. Darin u. a.: Anne Digby: Quantitative and qualitative perspectives on the asylum (S. 153-174); Michael MacDonald: Madness, suicide and the computer (S. 207-229); Guenter B. Risse: Hospital history: new sources and methods (S. 175-203).