

**Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges auf  
Psychopathologie und Therapie  
bei psychischen Erkrankungen**

**Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und  
Pflegeanstalt Klingenmünster**

Vom Promotionsausschuss des  
Fachbereichs Psychologie der Universität Koblenz-Landau  
zur Verleihung des akademischen Grades  
Doktors der Philosophie (Dr. phil.)  
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Britta Setzer

2009

**Hauptberichterstatter:**

Prof. Dr. Monika Pritzel

**Mitberichterstatter:**

Prof. Dr. Renaud van Quekelberghe

**Dekan:**

Prof. Dr. Wolfgang Schnotz

**Tag der mündlichen Prüfung:**

06.05.2009

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die dazu beigetragen haben, dass die vorliegende Arbeit zustande gekommen ist.

An erster Stelle gilt mein herzlicher Dank Frau Prof. Monika Pritzel für die geduldige und anregende Unterstützung sowie für alle Ratschläge bei der Abfassung dieser Arbeit. Ihrem Vertrauen und ihrer zeitüberdauernden Unterstützung verdanke ich die Realisierung und Beendigung dieser Arbeit.

Darüber hinaus möchte ich meiner besten Freundin Frau Dipl.-Psych. Susanne Wörz danken für die kritische Durchsicht der Arbeit, Anstöße und die ermutigende Diskussion.

Herrn Dr. Tobias Gschwendner-Lukas danke ich für die kompetente Unterstützung in Sachen Statistik.

Mein ganz besonderer Dank geht an meinen Mann Michael, der dieses Unterfangen ebenso liebevoll wie bereitwillig mitgetragen hat und an meine wundervolle Tochter Amelie, für die das Zustandekommen dieser Arbeit manchmal eine Geduldsprobe dargestellt hat.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Die deutsche Psychiatrie zur Zeit der Weimarer Republik</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>Die deutsche Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>Die deutsche Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg</b>	<b>8</b>
<b>5</b>	<b>Einteilung und Therapie von psychiatrischen Krankheitsbildern in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts</b>	<b>11</b>
5.1	<i>Klassifikationssystem</i>	11
5.2	<i>Therapiemöglichkeiten</i>	13
5.2.1	Therapiemöglichkeiten zur Zeit der Weimarer Republik	13
5.2.2	Therapiemöglichkeiten in der Nachkriegszeit	19
5.3	<i>Krankheitsbilder</i>	22
5.3.1	Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände	22
5.3.2	Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen	23
5.3.3	Progressive Paralyse	24
5.3.4	Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes	26
5.3.5	Encephalitis epidemica	26
5.3.6	Psychische Störungen des höheren Lebensalters	27
5.3.7	Huntingtonsche Chorea	30
5.3.8	Psychische Störungen bei anderen Hirnerkrankungen	31
5.3.9	Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien	32
5.3.10	Alkoholismus	36
5.3.11	Süchte	39
5.3.12	Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen	40
5.3.13	Epilepsie	41
5.3.14	Schizophrener Formenkreis	43
5.3.15	Manisch-depressiver Formenkreis	46

5.3.16	Psychopathische Persönlichkeiten	49
5.3.17	Abnorme Reaktionen	50
5.3.18	Psychopathische Kinder und Jugendliche	54
5.3.19	Ungeklärte Fälle	54
5.3.20	Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen	54
5.3.21	Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen	54
<b>6</b>	<b>Kriegsneurose zur Zeit des Zweiten Weltkrieges</b>	<b>55</b>
6.1	<i>Definition und Terminologie der Kriegsneurose</i>	55
6.2	<i>Ursachen und Symptome der Kriegsneurose</i>	56
6.3	<i>Therapie der Kriegsneurose</i>	57
<b>7</b>	<b>Chronik der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1932 – 1948</b>	<b>60</b>
7.1	<i>Therapiemöglichkeiten am Ende des 19. Jhd. in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster</i>	65
7.2	<i>Krankheitsbefunde am Ende des 19. Jhd. in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster</i>	67
7.3	<i>Heilerfolge am Ende des 19. Jhd. in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster</i>	69
<b>8</b>	<b>Auswertung der Krankenberichte - Methodik</b>	<b>71</b>
8.1	<i>Qualitative Auswertung</i>	71
8.2	<i>Quantitative Auswertung</i>	73
<b>9</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>75</b>
9.1	<i>Demografisch – Soziale Merkmale</i>	75
9.1.1	Geschlecht	75
9.1.2	Familienstand	77
9.1.3	Anzahl der Kinder	78
9.1.4	Konfession	79
9.1.5	Wohnort	81
9.1.6	Alter bei Aufnahme	82
9.1.7	Beruf	84

9.1.8	Frühere Psychiatrieaufenthalte	85
9.1.9	Entmündigung	86
9.1.10	Straffälligkeit	88
9.1.11	Kostenträger	89
9.1.12	Verpflegungsklasse	90
9.2	<i>Krankheit und Verlauf</i>	92
9.2.1	Behandlungsdauer	92
9.2.2	Zwangssterilisation	93
9.2.3	Entlassungsmodus	94
9.3	<i>Ärztliches Wirken</i>	98
9.3.1	Diagnosen	98
9.3.2	Psychopathologische Angaben	105
9.3.3	Therapieangaben	112
9.3.4	Umgang mit Patienten	117
<b>10</b>	<b>Zusammenfassende Diskussion</b>	118
<b>11</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	133
<b>12</b>	<b>Verzeichnis der Tabellen</b>	147
<b>13</b>	<b>Verzeichnis der Abbildungen</b>	148
<b>14</b>	<b>Anhang – Dokumente</b>	149

## 1 Einleitung

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges kam es in der deutschen Psychiatrie zu einer Blüte der Reformbewegung. Die praktische Psychiatrie in den Jahren der Weimarer Republik wandelte sich von einer verwahrenden zu einer effektiveren und rationaleren Psychiatrie, die bestrebt war kranke Menschen nach kurzer Zeit wieder in die Gesellschaft zu entlassen beziehungsweise die psychisch Kranken besser in die Gesellschaft zu integrieren. Die „aktivere Krankenbehandlung“ Hermann Simons, führte allmählich zu einer Veränderung des Anstaltbildes. Die großen Wachsäle aus der Zeit der Liegebehandlung wurden in Werkstätten und Arbeitshallen verwandelt, wo selbst unruhige und störende Patienten eine sinnvolle Beschäftigung fanden. Gewalttätigkeiten wurden seltener, die Anstalten wurden ruhiger.

Ein Entwicklungsschritt auf dem Gebiet der medikamentösen Behandlung war die Einführung der Schocktherapie in den 30er Jahren, zunächst mit Insulin durch Sakel, dann Cardiazol durch Meduna und schließlich der Elektroschock durch Cerletti und Bini. Gleichzeitig aber erreichte ein vom Nationalsozialismus geprägter therapeutischer Nihilismus in Bezug auf die vermeintlichen Erbkrankheiten in Deutschland einen mit keinem anderen Land vergleichbaren Höhepunkt, der Tausenden von Patienten das Leben kostete. Nach Ende der nationalsozialistischen Ära bemühte man sich in der deutschen Psychiatrie zum einen, das Versäumte auf dem Gebiet der Tiefenpsychologie nachzuholen, zum anderen Vorkriegsverhältnisse wieder herzustellen, was die medikamentöse Behandlung mit Schocktherapien betraf.

In der vorliegenden Arbeit sollen die Auswirkungen des Zweiten Weltkrieges auf die Psychopathologien und Therapien psychischer Erkrankungen am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgezeigt werden. Als Quellenmaterial dienten 186 Patientenakten. Die Auswertung der Krankenberichte erfolgte zum einen nach soziodemographischen Merkmalen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort, Beruf usw.), zum anderen nach Diagnose und Therapie. Der Schwerpunkt wurde auf die Auswertung der Diagnosen und den damit verbundenen Psychopathologien gelegt. Dafür wurden die Akten vor dem Zweiten Weltkrieg (1932) und nach dem Zweiten Weltkrieg (1948) miteinander verglichen. Dabei erhob sich auch die Frage, ob die Behandlung, die den Patienten in Klingenmünster zuteil wurde, dem Stand der zeitgenössischen Wissenschaft entsprach.

Zur Einführung in die Thematik befindet sich vor dem Hauptteil ein kurzer Abriss über die Geschichte der Psychiatrie zur Zeit der Weimarer Republik und der Nachkriegszeit. Eine Chronik über die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster in diesem Zeitraum soll das sozialhistorische Umfeld und ihrer ärztlichen Leiter beleuchten.

## 2 Die deutsche Psychiatrie zur Zeit der Weimarer Republik

Zur Jahrhundertwende bestand die Hauptaufgabe der Psychiatrie immer noch darin Geisteskranke zu verwahren, was sich bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges nicht änderte. Die psychiatrischen Einrichtungen sahen es als ihre Aufgabe an, die Bevölkerung vor den Geisteskranken, aber auch die Kranken vor sich selbst zu schützen. Die vorherrschende Form des Umgangs mit psychisch Kranken war die des Abschiebens in Anstalten, die in sich eine feste und abgeschottete Struktur hatten.

Der Erste Weltkrieg unterbrach das institutionelle Wachstum der Psychiatrie, denn alle verfügbaren gesellschaftlichen Ressourcen wurden zur Kriegsführung genutzt, die schon elenden Lebensverhältnisse in den Anstalten noch weiter eingeschränkt, Ärzte und Pfleger zum Kriegsdienst eingezogen. Als Folge hiervon starben in deutschen psychiatrischen Anstalten 140000 Menschen (Siemen 1987, S. 29). Während des ersten Weltkrieges kam es zum Auftreten von zahlreichen Kriegsneurosen, deren Therapie in Disziplinierung und Terrorisierung lag, um die Patienten wieder kriegsverwendungsfähig zu machen.

Durch die sich im Kriegsverlauf zunehmend verschlechternde Versorgung und Ernährung der Kranken kam es zu einer „Übersterblichkeit“ (Thom 1989, S. 128) von Psychiatriepatienten. Dies führte dazu, dass am Ende des Krieges „der Patiententod die Anstalten geleert“ (Blasius 1994, S. 134) hatte. Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges befand sich die Anstaltspsychiatrie in einer völlig neuen Situation. Befanden sich 1913 noch 240000 Menschen in psychiatrischen Anstalten, waren es 1919 nur noch gut 170000.

Nach dem Ende des Ersten Weltkrieges kam es in der deutschen Psychiatrie zu einer Blüte der Reformbewegung. Die Relevanz der Institution Psychiatrie im sozial- und gesundheitspolitischen Kontext schien stark gefährdet zu sein. Hinzu kam, dass durch die politischen Veränderungen auch die Psychiatrie zum Gegenstand öffentlicher Kritik wurde und der psychiatriepolitische Kurs der dafür in der Weimarer Republik Verantwortlichen längere Zeit im Ungewissen blieb (Ritterhaus 1927). Die Ärzte mussten um ihre gesicherte Existenz bangen und sich mit einem deutlich selbstbewussteren Pflegepersonal auseinandersetzen, das die tradierten und sehr feudal anmutenden Dienstverhältnisse in den Anstalten radikal verändern wollte.

Die Reaktionen der Anstaltspsychiater auf diese neue und ungewohnte Situation waren sehr widersprüchlich. Die meisten blieben dem hergebrachten System der An-

staltsbehandlung treu und hofften auf bessere Zeiten, in denen sie die Vorkriegsbedeutung wiedererlangen würden. Nur wenige versuchten eine andere freiheitlichere und offenere Behandlung psychisch Kranker umzusetzen und zu propagieren, wie Gustav Kolb, Hermann Simon und Hans Roemer.

Trotzdem wandelte sich die praktische Psychiatrie in den Jahren der Weimarer Republik von einer verwahrenden zu einer effektiveren und rationaleren Psychiatrie, die bestrebt war kranke Menschen nach kurzer Zeit wieder in die Gesellschaft zu entlassen beziehungsweise die psychisch Kranken besser in die Gesellschaft zu integrieren. Als spezielle Methoden der Behandlung dienten die „Offene Fürsorge“ und die „Familienpflege“ (Schubert 1984). Zahlreiche Psychiater forderten Reformen, sie verurteilten die repressiven Methoden der Behandlung von Kriegsneurosen. Die Mehrheit der Anstaltspsychiater nutzte sowohl die Offene Fürsorge als auch die Familienpflege, allerdings vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Kostensenkung, sodass es als Folge der einseitig technokratisch geführten Reformbestrebungen nicht zu einer tiefgreifenden Demokratisierung des Irrenwesens kam. Trotzdem gab es in den Jahren 1924-1929 eine Teilreformierung. Wie bereits erwähnt, hielten die Methoden der Offenen Fürsorge, Familienpflege und Arbeitstherapie vor allem aus Gründen der Kostensenkung Einzug in die Psychiatrie.

Hermann Simon (1929 S. 152) formulierte die Zielrichtung des damaligen psychiatrischen Handelns: „Unser reales Ziel ist, jedem Kranken auf Grund des ihm noch verbleibenden Restes von Fähigkeiten noch eine möglichst selbständige Lebensführung zu vermitteln und ihn dadurch soweit es geht, wieder vom Arzt und der unmittelbaren Fürsorge unabhängig zu machen“.

Bereits ab 1923 nahm die Zahl in den Anstalten rapide zu, diesmal war die Zunahme allein auf eine erhöhte Nutzung zurückzuführen. Der Nutzungsgrad wurde nicht durch eine Erhöhung der Bettenzahl aufgefangen, sondern durch eine erhöhte Patientenfluktation. Die reformerischen Vorstellungen von Kolb, Simon und Roemer setzten sich in den Anstalten durch und es begann ein wahrer Wettstreit, welche Anstalt mehr Patienten in der Arbeitstherapie beschäftigt hatte und wo die differenzierteste Offene Fürsorge ausgebaut war (Siemen 1987).

In dem Maße, wie die sozialen Verhältnisse 1929-1932 durch die Weltwirtschaftskrise schlechter wurden, gab es immer weniger Integrationsmöglichkeiten und es radikalisierte sich die Einstellung gegenüber psychisch kranken Menschen (Siemen 1991). Nach den kurzen Jahren der Blüte kam es zu einem erneuten institutionellen

Einbruch. Die Anstaltspsychiatrie sah sich vor die Notwendigkeit gestellt, drastische Sparmaßnahmen einzuführen, die auf die Effektivierung und Ökonomisierung der Psychiatrie zielten. Die Pflegesätze wurden drastisch gesenkt, die Offene Fürsorge wurde auf ein Minimum reduziert (Siemen 1991).

Die Psychiater versuchten ihre, während des Reformprozesses erweiterten, therapeutischen Möglichkeiten zu bewahren und nicht wieder zu einer reinen Verwahropsychiatrie herabzusinken. Damit gaben sie dem beginnenden Radikalisierungsprozess eine bestimmte Richtung, denn im Mittelpunkt des therapeutischen Vermögens stand der heilbare Patient.

So wurde durch das Kriterium Arbeitsfähigkeit in der Psychiatrie ein Trennungsprozess in Gang gebracht. Die „heilbaren“ arbeitsfähigen Patienten standen im Mittelpunkt des Interesses, denn sie zeigten die Erfolge der Psychiatrie. Der sich unsozial verhaltende, pflegebedürftige, arbeitsunfähige, „nutzlose“ Patient blieb in Anstalten. Hier stießen die Reformer an ihre Grenzen. Letztlich wurde der Grad der Arbeitsfähigkeit zum Selektionskriterium, das ab 1939 zum Kriterium der Vernichtung von Anstaltsbewohnern wurde (Schmuhl 1987).

Die Entwicklung leistete einem Radikalisierungsprozess Vorschub, bei dem rassenhygienische und eugenische Ansätze, die bis dato nur eine marginale Position einnahmen, an Boden gewannen (Siemen 1993). Die Möglichkeit der Sterilisierung und der „Euthanasie“ von psychisch Kranken wurde diskutiert. Im Jahre 1920 erreichte die Diskussion über eine aktive Tötung Geisteskranker ihren ersten Höhepunkt. Diese Forderungen und Anschauungen wurden u.a. vom Freiburger Psychiater und Professor Alfred Hoche (1865-1943) und dem Leipziger Juraprofessor und Philosophen Karl Binding (1841-1920) propagiert. Die Tötung von Geisteskranken galt in der damaligen Fachwelt noch als sittenwidrig, eine Sterilisierung psychisch Kranker erschien hingegen als durchaus durchführbar (Schmidt 1983).

### 3 Die deutsche Psychiatrie zur Zeit des Nationalsozialismus

In der Zeit des Nationalsozialismus sprach man geistig Behinderten und psychisch Kranken das Recht auf Fortpflanzung und schließlich auf Leben ab. Am 14.07.1933 wurde das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch die nationalsozialistische Regierung erlassen, welches am 01.01.1934 in Kraft trat. Zwischen 1933 und 1945 wurden ungefähr 400000 Menschen, oft unter Zwang und Gewaltanwendung, sterilisiert. Zugleich kam es nach 1933 zu einem erheblichen Anstieg der erbbiologischen Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie (Blasius 1991). In den Jahren 1939 bis 1945 wurden etwa 200000 Menschen im Rahmen der „Euthanasie“-Programme ermordet. Die Opfer kamen meist aus psychiatrischen Einrichtungen, Pflegeheimen, Heimen für Behinderte, Lazaretten und Konzentrationslagern oder waren im Rahmen der Offenen Fürsorge durch staatliche Stellen registriert. Allein zwischen Januar 1940 und August 1941 wurden in sechs Vergasungsanstalten, Grafeneck, Brandenburg, Sonnenstein, Hartheim, Bernburg und Hadamar, 70243 Menschen, hauptsächlich psychisch Erkrankte und geistig Behinderte getötet (Nowak 1977).

Im August 1941 erfolgte zwar die Einstellung der zentralen Mordaktion an Patienten der Heil- und Pflegeanstalt, doch es wurden in der darauffolgenden Zeit in Pflegeeinrichtungen weiterhin geistig Behinderte mit Luminal, Scopolamin oder Morphin getötet. Viele Kranke kamen auch durch Kombination von Nahrungsmittelentzug und Medikamentengabe zu Tode. Die Sterberate in psychiatrischen Anstalten stieg auf über 50 %. Die Verlagerung des Hauptgewichtes von individuell-kurativer Tätigkeit auf die Erfassung angeblich erb- und anlagebedingter Erkrankungen und die Verhinderung der Weitergabe relevanter Erbanlagen führte zum Bruch mit der therapeutischen Intention der Psychiatrie und schließlich sogar zur Mitwirkung an der Tötung der Kranken. Die Faktoren „Arbeitsfähigkeit“ und „Nutzen für den Staat“ wurden zu den zentralen Selektionskriterien mit furchtbaren Folgen für die Patienten.

Das Ziel einer Leistungssteigerung um jeden Preis lässt sich auch an der Anwendung von Pervitin näher aufzeigen. Dieses Medikament hatte eine starke analeptische Wirkung. Trotz ungenügender klinischer Testung wurde es zur Behandlung von Leistungsabfall und Arbeitsunlust, zur Behandlung von Rekonvaleszenten, auch zur Therapie des Morphinismus, von Depressionen, Schizophrenie, Kreislaufstörungen und Neuritiden eingesetzt (Kästner 1989).

In der Psychiatrie wurde es zur Hebung der Arbeitsfreudigkeit und Leistungsfähigkeit bei der Beschäftigung Geisteskranker eingesetzt, außerdem als Adjuvans bei der Insulinschocktherapie, beim Cardiazolschock und bei der Elektrokrampfbehandlung. Zu Wirkungen, Wechsel- und Nebenwirkungen des Pervitins gab es in der Fachliteratur zunehmend kritische Stimmen. 1939 wurde das Medikament schließlich rezeptpflichtig, 1941 dem Betäubungsmittelgesetz unterstellt. Damit wurde Süchtigen der Gebrauch erschwert, zur Leistungssteigerung an der Front und an der „Heimatfront“ fand es trotz der Gefahren unvermindert Einsatz, ebenso in der Psychiatrie (Rödger 1944).

Die Psychiatrie hatte in der NS-Zeit eine ihrer dunkelsten Stunden; sie hat mit dazu beigetragen, dass in dieser Zeit die Geisteskrankheiten in Deutschland als 'Erbfeinde unseres Volkes' stigmatisiert werden konnten; sie waren damit lebensvernichtender bürokratischer Willkür preisgegeben. Psychiatrischer Opportunismus stand hinter einer Haltung, die die Administrierung psychischer und in letzter Konsequenz auch physischer Vernichtung als Alltagsgeschäft ansah (Güse & Schmacke 1976).

#### **4 Die deutsche Psychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg**

Die Katastrophe des Zweiten Weltkrieges, der Tod von 30 Millionen Menschen, die erschreckende Einsicht in das ganze Ausmaß des Holocaust, die Vertreibung ganzer Völkerschaften hatten zu einer tiefgreifenden Neubesinnung auf Menschen- und Bürgerrechte geführt. Sie fand ihren ersten Niederschlag in der Menschenrechtsdeklaration der Vereinten Nationen (1948). Ihr folgten bis zur Gegenwart eine beträchtliche Zahl von Resolutionen supranationaler Körperschaften – wie der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation, der Europäischen Gemeinschaft und der Psychiatrischen Weltvereinigung – für die Rechte der psychisch Kranken und Behinderten. Das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland konstatiert das Verfassungsrecht auf Freiheit und körperliche Unversehrtheit. Es wurde zum Schutz der Freiheitsrechte psychisch Kranker in Ländergesetze umgesetzt. Dennoch begann die Wende der psychiatrischen Versorgung in Deutschland, angezeigt durch den Beginn der Enthospitalisierung, mehr als 15 Jahre später als in den USA und Großbritannien, nämlich mit der Psychiatrie-Enquete. Die erhebliche Verspätung im Beginn und in der Durchsetzung der Psychiatriereform hat mehrere Gründe. Einer unter ihnen ist die Verdrängung oder Verleugnung der Massentötung psychisch Kranker. Sie hatte sich in der unzureichenden rechtlichen Auseinandersetzung mit den Tätern und in einer unheilvollen Solidarität mit einigen von ihnen niedergeschlagen. Die Mehrzahl von ihnen ist nie vor Gericht gestellt worden. Viele sind auch nach dem Krieg weiter in der Versorgung psychisch Kranker tätig geblieben. Außer den Personen waren auch die Institutionen der psychiatrischen Versorgung nach dem Kriege nicht überall in gutem Zustand. Bei den psychiatrischen Krankenhäusern hatte sich ein gewaltiger Reparaturbedarf angestaut. Mit dem Wiederaufbau vergrößerte sich der Abstand zwischen dem Lebensstandard der Bevölkerung und den miserablen Lebensumständen der Kranken. Leipert (1987, S.22) bezeichnete die psychiatrischen Krankenhäuser jener Zeit als medizinische Armenhäuser: „Aufgrund der bekannt gewordenen Verbrechen an den ihr anvertrauten Patienten hatte die Psychiatrie jeden Kredit verspielt. Man begegnete ihr zurecht mit Misstrauen und Ablehnung. In dieser Situation zogen sich die Psychiater hinter ihre Mauern zurück und verwalteten klaglos den Mangel und das Elend des therapeutischen Alltags der Nachkriegsjahre.“

Wenn man für die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts die Jahre nach 1945 als vornehmlichen Quellgrund psychiatrischer Orientierung in Erinnerung bringt, ist Alexander Mitscherlich die Symbolfigur. Er hatte beim I. Amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg einen Arbeitsauftrag der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern wahrzunehmen. Mitscherlich war gleichsam medizinischer Gerichtsreporter in einem Prozess, der gegen SS-Ärzte, Wissenschaftler und hohe Staatsbeamte geführt wurde. Mitscherlich und sein Mitarbeiter Mielke sammelten Dokumente und Augenzeugenberichte jenseits des auf die einzelnen Personen bezogenen juristischen Interesses; sie verfolgten ein historisches Interesse, das um die Freilegung jener sozialen und ideologischen Prämissen bemüht war, die „zur Konstellation der Verschuldung“ geführt hatten. Mitscherlich hat in seiner Dokumentation den Versuch gemacht, eine höhere Wahrheit anzupeilen, als die, die auf der Ebene juristischer Schuld zu finden ist. Es ging ihm um die historische Wahrheit der Medizin im Dritten Reich und um die Formen intellektueller Annäherung an diese Wahrheit. Die psychiatrischen Diskussionen der frühen Nachkriegszeit stellen das dunkle Kapitel der NS-Psychiatrie in eine tiefe historische Spur; folgt man dieser Spur, so begegnen die Unmenschlichkeiten nicht als Verirrungen besonders abgefeimter einzelner Menschen, sondern als Ausdruck einer tiefen Krise der Humanität. Nach 1945 gab es eine Menge auf der Hand liegender Erklärungen für den Ausfall jeglichen sittlichen Verantwortungsbewusstseins auf Seiten vieler Ärzte und besonders auch derjenigen Mediziner, die in psychiatrischer Verantwortung gestanden hatten. Da gab es den Bann der bis weit in den Krieg hinein politisch so erfolgreichen nationalsozialistischen Machthaber, deren Autorität die eigene Würde zerstörte und das eigene Gewissen verwüstete; da gab es jenen „Convoyreflex“, der viel in den Geleitzug zum Schutz der „großen Ziele“ einschwenken ließ. Pragmatische Duldung des geschichtlich Notwendigen, das ist ein Einstellungsmuster, das die ganze Trübung sittlichen Wachbewusstseins glasklar zeigt. Da gab es im Bereich der Psychiatrie aber auch viel von messianischem Denken gespeiste Hingabebereitschaft, hinter der die Sogwirkung der NS-Parolen durchscheint. Was in der Nachkriegszeit oft auf plumpe Weise zum nur äußeren Gesinnungsausweis hingebogen wurde, war der harte Kern ärztlicher Gesinnung unter dem Nationalsozialismus. Siedelt man die Frage nach der Psychiatrie im Nationalsozialismus auf der Ebene der geistigen Verfassung der psychiatrisch Tätigen an, stellt sich der historische Zusammenhang auf eine neue Weise her. Der Mord an Geisteskranken und das mit ihm zusammenhängende immer weitere Absenken der Tö-

tungsschwelle in immer neue soziale Problemzonen hinein ist historisch singulär, doch die Haltung, aus der heraus die Vernichtung von Menschenleben möglich wurde, hat einen breiten historischen Vorlauf. Und diese Haltung war mit dem Ende des Nationalsozialismus keineswegs an ihrem geschichtlichen Ende (Mitscherlich, Mielke, 1960).

In der unmittelbaren Nachkriegszeit liegen wichtige Denkanstöße zur psychiatrischen Maßstabsgewinnung. Sie legen den Aufbau von Hemmungen sowohl gegenüber dem medizinisch Möglichen als historische Schlussfolgerung aus der 'enthemmten' Zeit des Nationalsozialismus nahe. Nur so ist eine menschliche Ordnung der Gesellschaft zu sichern. Zu ihr kann psychiatrisches Handeln aus historischem Bewusstsein einen Beitrag leisten.

## 5. Einteilung und Therapie von psychiatrischen Krankheitsbildern in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

### 5.1 Klassifikationssystem

Die Schwierigkeit bei der Systematik von Geisteskrankheiten beruht vor allem darin, dass die Dynamik der Entwicklung in der Psychiatrie, neue Erkenntnisse und Einflüsse zu berücksichtigen sind. „Eine ätiologisch orientierte Systematik, wie sie im allgemeinen bevorzugt wird, ist in der Psychiatrie problematisch, weil die meisten psychischen Störungen nicht auf eine Ursache zurückzuführen sind, sondern eine komplexe Pathogenese durch verschiedenartige Entstehungsbedingungen aufweisen.“ (Tölle 1996, S. 27)

Die Einteilung der Krankheitsbilder wurde von Beginn des 20. Jahrhunderts bis in die 40er Jahre wesentlich komplexer und detaillierter. Es gab keine allgemein gültige Kategorisierung der Diagnosen, verschiedene Autoren von Lehrbüchern und Publikationen in psychiatrischen Fachzeitschriften wie Alexander Pilcz (1871-1954), Johannes Lange (1891-1938), Georg Theodor Ziehen (1862-1950), Albert von Neisser (1855-1916), Karl Bonhoeffer (1868-1948), Emil Kraepelin (1856-1926) und die Arbeiten der Wiener Schule teilten die Krankheitsgruppen unterschiedlich ein.

In dieser Arbeit dienten die Diagnosetabellen des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* als Grundlage, da diese Diagnoseschlüssel mit denen, die in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster angewendet wurden, übereinstimmten. Dass es möglich war solche Diagnosetafeln aufzustellen, ist in entscheidendem Maße der Verdienst von Emil Kraepelin, der die Grundlage der psychiatrischen Formenlehre geschaffen hat. Demnach wurden folgende Krankheitsbilder unterschieden:

- 1.) *Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände* (Idiotie, Imbezillität)
  - a.) ohne nachweisbare Ursache
  - b.) infolge von nachgewiesenen Gehirnschädigungen
  - c.) Kretinismus
- 2.) *Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen* (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung)
  - a.) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen)
  - b.) traumatische Folgezustände (epileptische Wesenveränderung usw.)

- 3.) *Progressive Paralyse*
- 4.) *Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes*
- 5.) *Encephalitis epidemica*
- 6.) *Psychische Störungen des höheren Lebensalters*
  - a.) arteriosklerotische Formen (einschl. der genuinen Hypertonie)
  - b.) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder)
  - c.) senile Formen
  - d.) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.)
- 7.) *Huntingtonsche Chorea*
- 8.) *Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, Multiple Sklerose)*
- 9.) *Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien („symptomatische Psychosen“ im engeren Sinne)*
  - a.) bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor)
  - b.) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anämien, Karzinose, Pellagra usw.)
  - c.) bei Basedow, Myxoedem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen
  - d.) symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation
- 10.) *Alkoholismus*
  - a.) Rauschzustände
  - b.) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)
  - c.) Delirium tremens und Halluzinose
  - d.) Korsakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica)
- 11.) *Süchte (Morphinismus, Kokainismus usw.)*
- 12.) *Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.*

- 13.) a.) *Epilepsie ohne nachweisbare Ursache*  
b.) *symptomatische Epilepsie* (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen)
- 14.) *Schizophrener Formenkreis*
- 15.) *Manisch-depressiver Formenkreis*  
a.) manische und depressive Phasen  
b.) hyperthyme, dysthyme und zylothyme Konstitution
- 16.) *Psychopathische Persönlichkeiten*
- 17.) *Abnorme Reaktionen*  
a.) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulanten wahn)  
b.) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15 a fallen  
c.) Haftreaktionen  
d.) Rentenneurose  
e.) andere psychogene Reaktionen  
f.) induziertes Irresein
- 18.) *Psychopathische Kinder und Jugendliche* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)
- 19.) *Ungeklärte Fälle*
- 20.) *Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen*
- 21.) *Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen*

## **5.2 Therapiemöglichkeiten**

### 5.2.1 Therapiemöglichkeiten zur Zeit der Weimarer Republik

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren die Möglichkeiten der Pharmakotherapie in der Psychiatrie sehr begrenzt. In dem auf Verwahrung und Beruhigung sowie Ausschluss aus der Gesellschaft basierenden System spielten um die Jahrhundertwende Beruhigungsmittel, wie Sedativa und Hypnotika eine zentrale Rolle. Zur Sedierung wurden hauptsächlich Baldrianpräparate, bromhaltige Arzneimittel, Chloralhy-

drat, Paraldehyd, Scopolamin, Morphinum und seine Verbindungen sowie Kombinationen der einzelnen Medikamente eingesetzt (Tölle 1996).

Die Entdeckung des Barbitals 1903 und die Anwendung einer Vielzahl von verschiedenen Schlafmitteln, wie zum Beispiel Veronal, Luminal, Proponal und Isopral prägten bis in die 20er Jahre die psychiatrische Therapie.

Die therapeutisch verwendeten Präparate wurden empirisch eingesetzt, meist kamen Kombinationen zur Anwendung. Fortschritte hinsichtlich Wirkung und Nebenwirkungen sowie Erkenntnisse über die Dosierung wurden meist nur durch Probieren und Variieren erreicht (Pilcz 1912).

Die medikamentöse Therapie brachte selten den gewünschten Erfolg, sodass auch die Suche nach geeigneten nicht medikamentösen Behandlungsmethoden nahe lag. Die Idee, mit Hilfe von Fieber Psychosen zu heilen, resultierte in der *Tuberkulin- und Malariatherapie*.

Erste Versuche mit Tuberkulininjektionen erbrachten unterschiedliche Erfolge. Tuberkulininjektionen zur Behandlung der progressiven Paralyse zeigte v.a. bei Paralytikern die besten Heilungserfolge, bei welchen die Krankheit erst kurze Zeit bestand (Meyer 1912).

„Die Impfmalaria wirkte hauptsächlich dadurch, dass sie die Abwehrfähigkeit des Organismus gegenüber Spirochäten und wahrscheinlich auch die Widerstandsfähigkeit gegenüber den von ihnen produzierten Stoffen steigert“ (Schönbauer und Jantsch 1950, S. 171). Angeregt durch eine Vielzahl von Erfolgen mit der Malariatherapie bei progressiven Paralysen, setzte man diese Therapie auch bei manisch-depressivem Irresein und Schizophrenie ein (Izikowitz, Theorell und Widström 1933).

Auch *Schlafkuren* und Dauerschlafbehandlungen wurden vielfach eingesetzt. Auf Jakob Klaesi (1883-1980) geht die Idee zurück, mit Hilfe von Medikamenten (Somnifen, später u.a. Luminal, Sulfonal, Cloettal & Soneryl) Kranke in einen Zustand zu versetzen, der sie für psychiatrische Therapie besser zugänglich macht. Die Kur bestand in einem 7-11tägigen Dauerschlaf, der durch tägliche Gaben von z.B. Somnifen subcutan oder intramuskulär erreicht wurde. Das Krankengut umfasste chronisch und schon weitgehend asozial gewordene Kranke (v.a. Schizophrene, Manisch-Depressive), bei welchen jegliche anderen Beruhigungsversuche versagt hatten. Die anfängliche Euphorie über die Möglichkeiten der Schlaftherapie verflog aufgrund der hohen

Nebenwirkungsrate schnell und die Methode konnte sich nicht dauerhaft durchsetzen (Serejsky und Feldmann 1936).

Zu den wichtigsten reformpsychiatrischen Konzepten Mitte der zwanziger Jahre gehörte die von Gustav Kolb (1870-1937) angeregte *Offene Fürsorge*. Dabei handelt es sich um ein Konzept der ambulanten Betreuung psychisch Kranker. Hauptinstrumente des Kolbschen Systems waren Hausbesuche und Sprechstunden, die in den zum Aufnahmebezirk der jeweiligen Anstalt gehörenden Gesundheitsämtern abgehalten wurden. Sie wurden von Anstaltsärzten mit Hilfe von Fürsorgerinnen durchgeführt. Ziel dieses Betreuungssystems war es, die stationäre Aufnahme und Entlassung leicht Erkrankter zu beschleunigen, entlassene Patienten weiterhin zu betreuen sowie eine öffentlichkeitswirksame psychiatrische Aufklärungsarbeit zu betreiben (Walter 1987).

Herrman Simon (1867-1947) konzipierte die „aktivere Krankenbehandlung“, er selbst bezeichnete seine Behandlungsmethode als „aktivere Therapie“ oder „Beschäftigungstherapie“, sie wurde aber auch als „*Arbeitstherapie*“ bezeichnet. Sein Konzept beruhte auf der Annahme, dass der psychisch kranke Mensch über kranke und gesunde Persönlichkeitsanteile verfüge. Ziel der Behandlung müsse es sein, die gesunden Persönlichkeitsanteile zu fördern und die kranken zu verdrängen. Alle körperlich gesunden Anstaltspatienten sollten nach therapeutisch-pädagogischen Kriterien in einem fünfstufigen Modell individuell gefördert und durch stetige Übung an die obere Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gebracht werden (Simon 1927).

In der Zeit um 1925 standen verschiedene *psychotherapeutischen Methoden* zur Verfügung. Isserlin (1926) gab folgende Einteilung der Psychotherapie:

### I. Suggestivbehandlung

1.) Hypnotherapie

2.) Wachsuggestion

a.) Fremdwachsuggestion

– larviert

– nicht larviert

b.) Autosuggestion Coué, Levy, Baudouin

## II. Erziehungstherapie

- 1.) Belehrung und Überzeugung
- 2.) Willenstherapie und Arbeitsbehandlung

## III. Analytische Psychotherapie

- 1.) Freud
- 2.) Adler
- 3.) Assoziationsexperiment

11.) Die heilenden Faktoren der *Hypnotherapie* wurden unterteilt in eine Wirkung der Hypnose als Vor- und Wegbereitung der heilsamen Suggestion, das Stadium der Hypnose also als Rahmen, in dem die eigentliche Behandlung stattfindet. Andererseits wird die Hypnose aber durch ihre entspannende und beruhigende Wirkung auch ohne spezifische Suggestion selbst als heilsam beschrieben (Mohr 1925).

12a.) Die *larvierte Fremdwachsuggestion* bedient sich eines Hilfsmittels, um in das Seelenleben des Kranken einzudringen. Der Patient soll nicht davon wissen, dass er einer suggestiven Behandlung unterzogen wird, er soll vielmehr glauben, das Hilfsmittel selbst sei der heilende Faktor. Man spricht deshalb von larvierter Suggestion, weil die Suggestion unter der Maske eines anderen Heilmittels auftritt. Das Gemeinsame aller Hilfsmittel der indirekten oder larvierten Suggestion besteht darin, dass dem Patienten der Glaube beigebracht wird, das verordnete Mittel chemischer oder physikalischer Natur werde seine Krankheit zur Heilung bringen, während der Arzt damit rechnet, dass der Glaube an die Heilung unabhängig von der Wirkung des Mittels den Weg zur Heilung ebnet (Jolowicz 1927).

Nach Löwenfeld (1897) fällt die *nicht larvierte Fremdwachsuggestion* in das Gebiet der Suggestivbehandlung, die darauf hinzielt, einen gegebenen krankhaften Zustand oder eine einzelne Krankheitserscheinung dadurch zu beseitigen, dass bei dem Patienten die Vorstellung – Suggestion – der Heilung, des Schwindens des betreffenden Zustandes oder Symptomes hervorgerufen wird. Träger der Wachsuggestion ist das gesprochene Wort, die mündliche Versicherung, dass die betreffende Störung nicht mehr vorhanden ist oder durch die Ankündigung, dass dieselbe innerhalb einer gewissen Zeit verschwinden werde oder müsse.

IIb.) *Autosuggestion* bedeutet eine Beeinflussung des Urteils und der Vorstellungen, die vom Individuum selbst bewusst oder unbewusst hervorgerufen wird. *Coué* (1857-1926) entwickelte ein popularisiertes Autosuggestionsverfahren (*Couéismus*), bei welchem Beziehungen zum autogenen Training von Schultz zu erkennen sind. Der zur Konzentrationsübung benützte Satz lautete: Mit jedem Tag geht es mir in jeder Hinsicht besser und besser.

III1.) Die *Überzeugungstherapie* (*Persuasion*) des Schweizer Arztes Paul Dubois (1848-1918) ist eine psychotherapeutische Methode, deren Grundelemente in der Überzeugung Dubois wurzeln, dass die meisten psychischen Störungen auf falsches Denken zurückzuführen seien, welches nicht von der Logik und der Vernunft geleitet werde. Das therapeutische Prinzip besteht darin, die Patienten von ihren falschen Überzeugungen abzubringen (Isserlin 1926).

III2.) Auf dem Gebiet der *Willenstherapie* finden sich eine Vielzahl von Methoden. Exemplarisch soll die von Isserlin unterschiedene „Willenstherapie“ und „Gedankengymnastik“ erläutert werden. Die Willenstherapie, die er auch als „Hemmungsübungen“ bezeichnete, wurde von Meige, Feindel und Oppenheim zur Behandlung der „maladie des tics“ angewendet. Demnach komme es dabei direkt darauf an, sich in der Unterdrückung krankhafter Impulse und der Durchführung normaler Handlungen gegen die krankhaften Impulse zu üben. Die o.g. „Gedankengymnastik“ sollte dem Auftreten von Zwangsgedanken entgegenwirken. Dabei mussten die Kranken vorgegebene Reihen von Zahlen oder Wochentagen rezitieren und auf ein Zeichen hin willkürlich abbrechen (Hirschclaff 1911).

Kretschmer (1922) verstand unter der *Arbeitstherapie* eine genau dosierte und von kleinen Anfängen durch Übung fortschreitende Gewöhnung an körperliche oder geistige Arbeit mit dem Ziel der Wiederaufnahme in einen geeigneten selbstständigen Beruf oder doch wenigstens eine nützliche Teilbeschäftigung.

III1.) *Freud* (1856-1939) vertrat die Ansicht, dass „unbewusste“ Konflikte nicht nur für hysterische Erkrankungen verantwortlich seien. Er kam zu dem Entschluss, dass die Hypnose zur Heilung von Psychopathologien nicht notwendig sei und entwickelte stattdessen ein Gesprächsverfahren, mit dem die Patienten gemeinsam mit dem Psychoanalytiker ihr Unbewusstes erforschen. Freud war der Überzeugung, dass drei Grundkräfte (Es, Ich, Überich) die Persönlichkeit formen – instinktive Bedürfnis-

se (Es), rationales Denken (Ich) und moralische Maßstäbe (Überich). Diese drei Kräfte arbeiten allesamt auf unbewusster Ebene, außerhalb des Zugriffs des unmittelbaren, erkennenden Bewusstseins, zudem stellen sie dynamische oder interaktive Kräfte oder „Instanzen“ dar, deren Eigendynamik das Verhalten, Fühlen und Denken des Menschen formt. Besteht zwischen Es, Ich und Überich ein ausgeprägter Konflikt, können sich im Verhalten der Person Störungen manifestieren (Freud 1926).

III2.) *Adlers* (1870-1937) Individualpsychologie geht davon aus, dass der Mensch versucht in der Kindheit entstandene Minderwertigkeitsgefühle und -komplexe zu kompensieren. Diese Minderwertigkeitsgefühle entstehen teils durch angeborene oder erworbene Schwächen von Körperorganen, sog. Organminderwertigkeiten. Auch soziale Benachteiligung kann zum genannten Effekt führen. Innerhalb eines individuellen Lebensplans wird mittels eines spezifischen Lebensstiles versucht, z.B. durch Streben nach Macht, die jeweilige Minderwertigkeit zu kompensieren. Die Neurose wird als Überkompensation einer erlebten Minderwertigkeit von Organen und Organfunktionen oder der sozialen Situation aufgefasst. Therapeutisch steht im Vordergrund die Aufdeckung des individuellen Lebensstiles, gearbeitet wird mit Elementen der Ermutigung und der allgemeinen Erziehung. Ziel ist nicht Symptombeseitigung, sondern Verhaltensänderung des ganzen Menschen. Die Bedeutung der Sexualität wird gegenüber der Psychoanalyse weit zurückgenommen. Libidotheorie und Ödipuskomplex spielen keine Rolle. Die Individualpsychologie fragt vor allem nach dem Ziel eines bestimmten Verhaltens (Finalität), die Psychoanalyse fragt, woher dieses Verhalten kommt (Kausalität) (Nowotny 1926).

III3.) Das *Assoziationsexperiment* gewann durch Jung (1875-1961) als ältester projektiver Test vermehrt an Bedeutung. Das Prinzip bestand darin, dass die Versuchsperson auf zugerufene Reizwörter möglichst rasch mit dem ersten in den Sinn kommenden Begriff antworten soll, die Antwortlatenz wurde gestoppt. Aus verlängerten Reaktionszeiten, Antwortversagern, Verhaltenbeobachtungen u.ä. wurden komplexbeladene Bereiche erschlossen. Im Rahmen analytischer Arbeit sollten konfliktbeladene Lebensbereiche herausgearbeitet werden (Jung 1929).

### 5.2.2 Therapiemöglichkeiten in der Nachkriegszeit

Der Beginn der Therapie mit Psychopharmaka liegt in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg. *Lithium* wurde 1949 nach Entdeckung seiner antimanchischen Wirkung durch John Cade (1912-1980) in die psychiatrische Therapie eingeführt (Cade 1949). In den folgenden Jahren hielt Lithium Einzug in die Therapie und Prophylaxe manisch-depressiver Erkrankungen (Schou 1988).

Ein wichtiges neues Medikament war das Chlorpromazin, mit dessen Einführung man den eigentlichen Beginn der modernen Pharmakotherapie in der Psychiatrie datiert. Es wurde 1952 erstmals von Jean Delay (1907-1987) und Pierre Deniker (geb. 1917) bei der Behandlung erregter psychisch Kranker eingesetzt (Delay und Deniker 1952). In Deutschland kam Chlorpromazin unter dem Markennamen *Megaphan* auf den Markt.

Bereits 1946 synthetisierten Frank Milan Berger (geb. 1913) und William Bradley (1903-1972) Mephesisin, dessen beruhigende Wirkung nannten sie Tranquilisation, 1958 führte ein weiterer Fortschritt zum Chlordiazepoxid, dem ersten Benzodiazepin, welches 1960 unter dem Markennamen *Librium* auf den Markt kam (Sternbach 1988). Dieses Mittel und seine Nachfolger wurden v.a. bei Angst- und Erregungszuständen eingesetzt.

Ein weiteres wichtiges Medikament der Nachkriegszeit war das als Antidepressivum verwendete *Imipramin*. 1957 erkannte Roland Kuhn (geb. 1912) die thromboleptische Wirkung des trizyklischen Präparates, v.a. bei der endogenen Depression. Diese Substanz war ein wichtiger Ausgangspunkt für die Entwicklung der modernen Antidepressiva (Kuhn 1988).

Ebenfalls im Jahre 1957 beobachteten Loomer den stimmungsaufhellenden Effekt des Monoaminoxidasehemmers *Iproniazid* (Loomer 1957).

1958 erfolgte die Synthese von *Haloperidol* durch Bert Hermans (geb. 1921), welches als Neuroleptikum in die psychiatrische Therapie eingeführt wurde (Janssen 1959).

Diese, erst nach dem Zweiten Weltkrieg eingeführten, Medikamente bildeten die Grundlage für eine moderne Pharmakotherapie in der Psychiatrie. Ihre Entwicklung war v.a. bedingt durch zunehmende Kenntnisse auf dem Gebiet der Biochemie, Phy-

siologie und Pharmazie. So gelang es durch Substitution oder Blockade von Enzymen neue Therapieansätze zu finden. Aber auch Erkenntnisse über die Mechanismen der Krankheitsentstehung durch Forschungsgebiete wie die Neuropathologie ermöglichten die rasche Entwicklung der Pharmakopsychiatrie in den Nachkriegsjahren.

Anwendung fanden neben den Psychopharmaka, die Mitte/Ende der 30er Jahre entwickelten Therapiemethoden: Die Insulinkomatherapie, die Methode des Cardiazolkrampfes und die Elektrokrampftherapie.

Die *Insulinkomatherapie* wurde bei der Behandlung psychotischer Patienten angewendet. Manfred Sakel (1901-1957) entwickelte die 1933 in die Psychiatrie eingeführte Insulin-Koma-Therapie, bei der hypoglykämische Zustände mittels Insulinalgrenzdosen herbeigeführt wurden. Sakel versuchte damit Psychosen, gleich welcher Genese zu behandeln. Die Methode wurde im allgemeinen als Fortschritt in der Schizophreniebehandlung gesehen. Als Nachteil der Insulinschockbehandlung wurde die Bindung von Arbeitskräften durch die ständig notwendige Überwachung der Kranken erachtet. Fast zur gleichen Zeit entstanden Behandlungsmethoden von Psychosen, die Konvulsions- oder Krampftherapie, die viel mehr Freunde erworben hatte (Braunmühl 1942).

Die pharmakologische induzierte Krampftherapie fand ihren Höhepunkt in der Einführung der *Methode des Cardiazolkrampfes* im Jahre 1934. Ladislav von Meduna (1896-1964) stellte die Theorie auf, dass zwischen Epilepsie und Schizophrenie ein Antagonismus bestehe und dass man folglich durch Konvulsion schizophrene Patienten therapieren könne. Er schlug durchschnittlich 20-25 Anfälle vor. „Durch Cardiazol i.v. injiziert, wurde ein generalisierter tonisch-klonischer Krampf ausgelöst. Nicht selten ging ein Hustenstoß voraus. Falls keine Bewusstlosigkeit eintrat, bemerkten die Patienten ein quälendes Vernichtungsgefühl, sie hatten daher Angst vor der Behandlung“ (Heinrich und Klieser 1995, S. 5). Durch die Cardiazolbehandlung wurden auch nichtschizoide Psychosen geheilt oder weitgehend gebessert, d.h. in knapp 80 % wurde eine Therapie erfolgreich durchgeführt (Meduna 1939).

„Die Behandlung von Geisteskrankheiten mit der *Elektrokrampftherapie* stellte das vierte Glied in der Reihe der aktiven Therapien der endogenen Psychosen, nach

Schlafkur, Insulinkur und Cardiazolkur dar“ (Fierz 1941, S. 3). Cerletti (1877-1963) wendete 1938 die Elektrokrampftherapie erstmals an.

„Bei Einschalten des Stromes erfolgt Bewusstlosigkeit und ohne initialen Schrei ein starker klonischer Krampfungszustand, wobei Rumpf, Beine, Arme und Hände in spastische Semiflexion gehen. Anfängliche Röte des Gesichtes weicht später einer tiefen Blässe, dann einer Zyanose, die Atmung stockt, die Pupillen werden weit und starr, das Herz schlägt regelmäßig. Nach 30 Sekunden kehrt die normale Gesichtsfarbe zurück, danach starker Blutandrang. In den Extremitäten sowie im Gesicht tritt spastischer Tremor auf, der bald in klonische Zuckungen von verschiedener Heftigkeit und 1 bis 2 Minuten Dauer am ganzen Körper übergeht. Es kommt zu Schaum vor den Mund, sowie zu Sperma-, Urin- und Stuhlabgang. Eine Phase der Muskeler-schlaffung bei rochelndem Atem folgt. Die Bewusstlosigkeit schwindet allmählich und der Kranke beginnt aufzuwachen, lockert die Kieferkontraktion, blickt umher und reagiert auf Anruf. Nach 10 Minuten ist der Patient bei sich und schläft dann leicht einige Stunden“ (Fumarola 1939, S. 87f).

In der Folgezeit wurde die Elektrokrampftherapie von vielen Ärzten in der Psychosebehandlung mit völliger oder teilweiser Besserung angewendet. Viele besonders schwer erregte Kranke konnten nach der Krampfbehandlung in ruhigere Abteilungen verlegt oder sogar in ambulante Pflege entlassen werden (Müller 1941).

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka ab 1951 und der schon Mitte der 30er Jahre entdeckten Elektro-, Cardiazol- und Insulinschocktherapie akuter Psychosen den Psychiatern ein breites, ambulant und stationär anwendbares Behandlungsinstrumentarium in die Hand gab. Dazu kamen neue, gut lehrbare und ökonomisch vertretbare Psychotherapieverfahren. Mit dieser Wandlung des Faches von der bewahrenden hin zu einer therapeutischen Disziplin war der Psychiater zu einem aktiv handelnden Arzt geworden, der sich bemuhlen musste, die bestmögliche Therapie zu finden. Die Beschränkung seiner Tätigkeit auf Alltagsgestaltung und zeitlose Bewahrung und Beaufsichtigung war zu Ende. Es war möglich geworden, psychotische Episoden rasch zu kurieren, Rückfällen vorzubeugen und leichte psychische Störungen ambulant zu behandeln. Damit war eine tiefgreifende Veränderung des gesamten Systems psychiatrischer Versorgung vorbereitet worden.

Es bedurfte offenbar noch eines Mentalitätswandels der Gesellschaft, der Psychiatrie und des gesamten therapeutischen Personals vom patriarchalischen Überwachungssystem zu einer therapeutischen Partnerschaft, einer Aufnahmebereitschaft der Gesellschaft und einem hoffnungsvolleren Interesse der Kranken an psychiatrischer Behandlung, um diesen Wandel wirksam werden zu lassen. Es sollte von der Einführung der Psychopharmaka an noch fast zwanzig Jahre dauern, bis diese Wende auch in den Köpfen und in den Institutionen Fuß zu fassen begann (Häfner 2003).

### **5.3 Krankheitsbilder**

Im Mittelpunkt der Einteilung der Krankheitsgruppen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts standen die Krankheitsursachen der Krankheitsbilder. Nachfolgend sollen die in Kapitel 5.1 aufgeführten Krankheitsbilder näher beschrieben werden, sowie deren Behandlungsmöglichkeiten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.

#### *5.3.1 Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie, Imbezillität)*

Angeborene und früh erworbene Formen des Schwachsinns, später zu den Geisteskrankheiten zählend, wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter dem Namen Oligophrenie zusammengefasst. Sie umfassten je nach Schweregrad in der damaligen Definition: 1. Die Idiotie bei Kranken, die nicht schulfähig wurden, 2. Imbezilitäts-Schwach sinnige, die zwar bildungsfähig waren, aber die Volksschule nicht mit Erfolg besuchen konnten und 3. die Debilität als leichteste Form. Pilcz (1912) war der Ansicht, dass es bei der Debilität fließende Grenzen zur „Dummheit“ gäbe.

Als Ursachen wurden prä-, peri- und postnatale Schädigungen des Hirns angesehen. Erbfaktoren wurden bei einer Vielzahl von Erkrankten diskutiert (Bumke 1936). Nur die erblichen Formen des angeborenen Schwachsinns unterlagen dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Nach Lange (1941) war der Schwachsinns damals stark verbreitet, in Deutschland besuchten 2% aller Kinder die Hilfsschule, wobei damit nicht alle Deбилen erfasst waren, die zu einem nicht unerheblichen Teil durch die Normalschule hindurchgeschleppt wurden.

Als Sonderformen der Oligophrenie wurde der Mongolismus, der Kretinismus und die amaurotische Idiotie erwähnt. Auch diese Formen bedurften einer psychiatrischen

Pflege. Neben körperlichen Symptomen, wie z.B. der Mongolismus, Turmschädel oder Hydrocephalie wurden folgende psychische Ausfälle als charakteristisch angesehen: Geringe Intelligenz, fehlendes Urteilsvermögen und Gleichgewicht, eingeschränkte Aufmerksamkeit und Interesse, sowie mangelnde Entschlussfähigkeit. Zum Teil waren auch das sittliche Verhalten und die sittlichen Gefühle unterentwickelt, manche „Schwachsinnige“ neigten zu Wutausbrüchen und infantilistischer Sprache (Weygandt 1936).

Diagnostiziert wurden „idiotisch Kranke“ durch ihr auffallendes Äußeres, v.a. der Missbildung des Schädels und ihres leeren Gesichtsausdruckes. Weiters durch das tierische Grunzen, das unartikulierte Schreien, die rhythmischen Bewegungen und die Unfähigkeit zu gehen. In den leichtesten Fällen verhalf erst die Lebensführung zur Diagnose (Sjögren 1930).

Die wichtigste ärztliche Aufgabe allen Formen und Graden des angeborenen Schwachsinn gegenüber bestand damals darin, sie zu verhüten. Der angeborene Schwachsinn fiel unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, nach dem diese Kranken sterilisiert werden konnten. In der großen Mehrzahl der Fälle waren die Ärzte jedoch auf rein symptomatische Behandlung angewiesen. An der Idiotie leidende Patienten nahm man frühzeitig aus der Familie, um den häuslichen Frieden zu wahren. Imbeziele und debile Kinder erhielten Hilfsunterricht. Der Unterricht wurde an persönliche, konkrete und sinnliche Erfahrungen angeknüpft und es wurden handwerkliche Geschicklichkeiten durch das Erlernen von Handarbeiten geübt (Bumke 1936).

### 5.3.2 Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (*Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung*)

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts unterschied man zwischen „gedeckten“, d.h. aufgrund stumpfer Einwirkungen entstandenen und „penetrierenden“ traumatischen Hirnschädigungen, wie sie durch Kopfdurchschüsse oder Impressionsfrakturen mit Zertrümmerung der darunterliegenden Hirnsubstanz entstehen können (Lange 1941).

Der reinste Fall einer allgemeinen traumatischen Hirnschädigung war die einfache Hirnerschütterung, die *Commotio cerebri*, die sich nur schwerlich von der *Contusio* und der *Compressio* abgrenzen ließ. Bei der *Commotio* kam es zu Bewusstlosigkeit,

Pulsverlangsamung und Erbrechen. Bei besonders schweren Kommotionen kam es zu Situationsdelirien, in denen die Kranken benommen waren und halluzinierten, v.a. optisch, unruhig waren, ihre Umgebung verkannten und gelegentlich gewalttätig wurden. Immer waren Auffassungs-, Denk- und Merkstörungen stark ausgeprägt. Die Kranken waren verlangsamt, schwerfällig, sie perseverierten und konfabulierten, wobei diese Zustände meist nur von kurzer Dauer waren. Nach dem Abklingen der Bewusstlosigkeit kam es noch zu Kopfschmerzen und Schwindel (Bumke 1936).

Bei der Kontusion, der *Contusio*, zeigten sich neben gesteigertem Hirndruck zusätzlich noch Rindenherderscheinungen, die von verschiedenster Art sein konnten. Vor allem bei Stirnhirnschäden kam es zu Störungen der Spontaneität, mangelnde Ernstwerdung des Zustandes und der Gesamtlage, Störungen des Anstandes, Veränderungen der Stimmungslage (euphorisch-unkritisch), Gereiztheit, Erregbarkeit und Enthemmung.

Die einzige Behandlung zu der damaligen Zeit war, außer den symptomatischen Mitteln, die Lumbalpunktion, dabei ließ man Liquor abfließen, um so den Hirndruck herabzusetzen.

Zur *traumatischen Epilepsie* kam es selten, meist waren es Spätveränderungen an den Hirnnarben, die zu Krämpfen führten. Die Symptomatik wurde mit Barbituraten behandelt (Lange 1941).

### 5.3.3 *Progressive Paralyse*

Die progressive Paralyse war eine syphilogene Hirnerkrankung, die durchschnittlich etwa 10-15 Jahre nach der Infektion zu beginnen pflegte. Im allgemeinen war der Ablauf der Paralyse um so ungünstiger und die Inkubationszeit um so kürzer, je älter der Kranke bei Beginn der Paralyse war. Hidoyo Noguchi (1876-1938) wies 1913 Spirochäten im paralytischen Gehirn nach, sodass man bei der progressiven Paralyse von einer spätsyphilitischen Erkrankung ausging, die allerdings nicht die Eigenarten des spezifisch syphilitischen Granulationsgewebe trug, sondern eine chronische Entzündung war. Man nahm an, dass den Veränderungen der Hirnlues fast immer eine Meningitis vorausging, wonach zunächst eine Infektion der Subarchnoidalräume stattfand, die mit einer Infektion der Ventrikel einherging. Das Wesentliche der progressiven Paralyse sah man in einer eigenartigen chronischen Encephalitis, welche die graue Substanz der Großhirnrinde und des Streifenhügels bevorzugte. Woran es

lag, dass der eine Syphilitiker paralytisch wurde und der andere nicht, wusste man nicht, ca. 10% bekamen Paralyse (Nissl 1904).

Erkannt werden konnte die Paralyse an Sprachstörungen, Anzeichen von Demenz, reflektorischer Pupillenstarre und dem typischen Liquor- und serologische Befund (stark positive Wassermannsche Reaktion).

Das seelische Bild der Paralyse war das der organischen Demenz, in Form von Merk-, Gedächtnis- und Reproduktionsstörungen, erschwerte Aufmerksamkeit, verlangsamte Auffassung, unvollkommene Wahrnehmung, mangelnder Überblick, Erschwerung des Denkens, Enthemmung und Urteilsschwäche. Der Affekt war labil und leicht beeinflussbar, Sinnestäuschungen waren selten, demgegenüber waren Wahnideen häufig (Hoche 1912).

Einige Psychiater beobachteten, dass mit starker Eiterung verbundene fieberhafte Prozesse besonders günstig auf den Krankheitsverlauf bei frischer Paralyse wirkten. Damit war der Boden für eine Behandlung vorbereitet, deren Einführung Wagner v. Jauregg (1857-1940) zu verdanken war. Sie bestand darin, dass einem Malariakranken im Fieberanfall Blut aus der Vene entnommen wurde und dem Paralytiker subcutan unter die Rückenhaut injiziert wurde. Nach einer Inkubationszeit, die zwischen 6-31 Tagen schwankte, traten die Malariaanfänge auf, die mit Temperaturen von 40-41°C verliefen. Nach acht Fieberanfällen wurde die Malaria kupert, indem drei Tage 0,5 g Chinin gegeben wurde und gleichzeitig sechs Neosalvarsaninjektionen durchgeführt wurden. Schon nach der ersten Chiningabe verschwanden die Malariaparasiten aus dem Blut. Schließlich folgte häufig eine Quecksilber-Salvarsankur oder Salvarsan-Wismut-Therapie. Mit dem Salvarsan wurde in dieser Zeit ein Chemotherapeutikum in die Therapie eingeführt, das revolutionierend wirkte. Eine neue Etappe in der Medizin war angebrochen, denn die Einführung des Salvarsans stellte den Beginn der Chemotherapie dar (Linde 1988). Trotz der Euphorie in der Anfangszeit der Salvarsanbehandlung gab es auch kritische Stimmen. So war es Kalischer (1911), der neben den Behandlungserfolgen auf die Möglichkeit von Hirnnervenlähmung, Stauungspapille und Sehnervenschwund hinwies.

Die Aussichten der Paralysetherapie hingen im Wesentlichen von dem Stadium ab, in dem es gelang die Diagnose zu stellen und demgemäß die Fieberbehandlung einzuleiten. Bei einem Drittel kam es zu Remissionen, die einer Genesung glichen, in

einem Viertel der Fälle wurde der Zustand nicht merklich beeinflusst und beim Rest kam es zu Remissionen mit bescheidenem Ausmaß (Jahnel 1929).

#### *5.3.4 Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes*

Bei einem sehr hohen Prozentsatz der Erkrankten kam es schon im Primär- und Sekundärstadium zu einem meningealen Katarrh, der klinisch v.a. in Kopfschmerzen und Kopfdruck deutlich wurde. Auf seelischem Gebiet fand sich oft Ermüdbarkeit, Unlust, Verstimmung, Empfindlichkeit gegen Eindrücke aller Art, Reizbarkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Erscheinungen der Hirnlues leiteten sich von der chronischen Meningitis her. Die Meningitis griff nach den basalen Hirnnerven auf die Hirnsubstanz über, v.a. auf die großen und mittleren Gefäße. Für die spät auftretenden vasalen Formen der Hirnlues waren Herderscheinungen und Demenzzustände kennzeichnend. Bei allen Formen der Hirnlues konnten epileptische Anfälle vorkommen. Die Behandlung ist jene der Lues, in den meisten Fällen wurde mit Erfolg eine Malariakur durchgeführt (Mattauschek und Pilcz 1912).

#### *5.3.5 Encephalitis epidemica*

Diese Krankheit hatte sich seit dem Ersten Weltkrieg über ganz Europa und Amerika verbreitet und viele zu chronisch Kranken gemacht. Dabei war der Erreger nicht bekannt, das Leiden trat aber zusammen mit der Grippe auf. Nach den uncharakteristischen Vorboten einer Allgemeininfektion kam es zu lethargischen und hyperkinetischen Bildern. Der anatomische Prozess, der der Encephalitis epidemica zugrunde lag, spielte sich vorwiegend in den Stammganglien ab. Gewöhnlich setzte die Encephalitis epidemica mit Schwindel, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Muskelschmerzen, Doppeltsehen, Schwere der Lider und Ohrensausen ein. Des Weiteren Fieber, Veränderung des Gesichtsausdruckes sowie Schlafstörungen. Nach einigen Tagen entwickelte sich das volle Krankheitsbild mit Akinese (Parkinsonismus) oder Bewegungsunruhe (Chorea), häufig auch delirante Erregungen, Desorientierung, Wahnideen und Halluzinationen. War die motorische Unruhe mit ihren seelischen Begleiterscheinungen abgeklungen, so versanken die Kranken in eine eigentümliche Schlafsucht (Economo 1929).

Über kausale Behandlungsmöglichkeiten verfügte man damals noch nicht. Sympto-

matisch wurde gegen die Rigidität Scopolamin gegeben. Daneben wurden die Kranken auch seelisch behandelt mit Suggestionsverfahren, mit denen sie ihren Mangel an Antrieb überwinden lernten (Stern 1928).

### 5.3.6 *Psychische Störungen des höheren Lebensalters*

#### *a.) arteriosklerotische Formen (einschl. der genuinen Hypertonie)*

Nach damaliger Ansicht war die Arteriosklerose nach dem 40. Lebensjahr ein fast normaler Befund, der an den zuerst befallenen Stämmen und Äste durch Starre, Wandverdickung und Astheromatose (gelbliche Einlagerungen) zu erkennen war, später daran, dass die Gefäße als starre Rohre hervortraten. Ausgeprägtere Arteriosklerosen führten zu Sauerstoffmangel und dadurch zu Leistungsbeeinträchtigungen. Im ersten Stadium der Erweichung kam es zur Nekrose, die, je nachdem, ob eine Blutung eintrat oder nicht, hämorrhagisch oder anämisch war. Das nekrotische Gewebe baute sich allmählich ab und verflüssigte sich. Die Zellen gingen zugrunde und man fand eine mit lockerem Netzwerk durchzogene Höhle, v.a. im Bereich der Arteria cerebri media. Zu Beginn der Arteriosklerose sah man häufig eine depressiv-ängstliche, hypochondrische Zuwendung zum Altern. Das Seelenleben wurde dysphorisch, dabei verlangsamt und müde. Vergesslichkeit und Gedächtnisschwäche nahmen im Verlauf immer mehr zu, der Kranke vermochte einfachere Sachverhalte nur noch mit Mühe übersehen. Doch blieb bei schweren arteriosklerotischen Hirnstörungen die Persönlichkeit in der Regel noch lange erhalten. Einen raschen Verfall brachte häufig die Entfernung aus der gewohnten Umgebung. Der Kranke wurde dann völlig hilflos, er wurde eigensinniger, reizbarer, aggressiv. Verlangsamung und Perseverationen wurden immer deutlicher. Neben der allgemeinen Demenz konnte man zunehmende herdmäßige Ausfälle feststellen, wie aphasische, apraktische und agnostische Störungen. Nicht selten steigerte sich die Niedergeschlagenheit zu eigentlichen Depressionen. Die Behandlung entsprach dem Vorgehen der Inneren Medizin. Für die meist nächtlichen Unruhezustände wurde Luminal oder Paraldehyd verabreicht (Gaupp 1905).

Die *Hypertonie* wurde zur damaligen Zeit immer strenger von der Arteriosklerose getrennt, so häufig die gemeinsamen Leiden auch vorkamen. Die häufigste Ursache von Schlaganfällen sah man in der Hypertonie. Die seelischen Störungen bei der Hy-

pertonie traten nur anfallsartig und kurz auf, in der Regel reversibel. An Syndromen überwiegen Dämmerzustände, hyperkinetische Bilder und endliche Episoden tiefer Depression. Therapeutisch erfolgte eine Umstellung der Lebensweise nach den Vorschriften der Inneren Medizin. Von Erfolg waren außerdem kleine Dosen von Luminal und Theominal (Krapf 1932).

*b.) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder)*

Unter Präsenium verstand man damals jene Zeit, die sich bei Frauen zwischen dem Klimakterium und die ersten deutlichen Erscheinungen des senilen bzw. arteriosklerotischen Verfalls einschob. Bei Männern setzte man den Beginn auf die Zeit des ersten spürbaren Leistungsnachlasses an. Betroffen waren vorwiegend Frauen, die im Klimakterium unter Depressionszuständen litten. Symptome des Präsenium waren Erregung, Angst, paranoide Ideen und hypochondrische Befürchtungen. Nicht selten zeigten sich negativistische Züge und katatone Zeichen. Auch Wahnbildungen und Sinnestäuschungen von schizophrenem Gepräge stellten sich ein. In vielen Depressionen dieser Zeit machten sich die Erscheinungen der Arteriosklerose bemerkbar. Die Krankheitsbilder bekamen dann eine entsprechende Färbung. Die Depression selbst heilte ab, während die Folgen der arteriosklerotischen Veränderungen in den Erscheinungen einer organischen Persönlichkeitsveränderung fortbestanden. Da es keine scharfen Grenzen auf diesem Gebiet gab, konnte der einzelne Krankheitsfall nur durch Analyse der ursächlichen Faktoren durchsichtig gemacht werden (Kraepelin und Lange 1927).

*c.) senile Formen*

Hochbetagte Greise konnten nach damaliger Ansicht geistig rüstig bleiben, wenngleich eine gewisse Einengung der Interessen, eine allmähliche Starrheit, ein Mangel an Beweglichkeit und Überblick und ein Nachlassen der Gedächtnisleistungen zu den normalen Kennzeichen des Alters gehörten. Im Vordergrund stand bei der senilen Demenz die Merkschwäche, die den Kranken rasch alle Tagesereignisse vergessen ließ und schließlich die nahe Vergangenheit mehr oder weniger auslöschte. Im weiteren Verlauf wurde noch mehr von der Vergangenheit ausgelöscht; die Erinnerungen, die dem Kranken verfügbar waren, gehörten dann immer früheren Lebensperioden an. Die Gedächtnisstörungen waren nicht immer so hochgradig, aber die Merkstörungen waren immer ausgeprägt. Dabei war der Kranke meist auch örtlich oder zeitlich desorientiert. Die geistige Beweglichkeit blieb in der Regel lange beste-

hen, wobei einfache Sachverhalte richtig beurteilt werden konnten, schwierige Dinge verstand der Kranke jedoch nicht. Dabei konnten Inhalte nur unvollkommen oder falsch aufgefasst werden. Ihre Gedächtnislücken füllten die Betroffenen gerne mit Verlegenheitskonfabulationen aus. Auch die Interessen der Kranken waren immer stark eingeengt. Die kleinen Besitztümer, der eigene körperliche Zustand oder die Mahlzeiten spielten eine Rolle. Im Rahmen ihres Interessenskreises entwickelten sie oft lebhafte Affekte, doch Dinge außerhalb dieser Interessen berührten sie nicht. Bei manchen Kranken kam es zu Beginn der Erkrankung zu einem Aufleben des Sexualtriebes. Viele Senile waren ganz stumpf, andere aber waren sehr lebhaft. Dabei waren sie meist von einer außerordentlichen Hartnäckigkeit und Eigensinnigkeit. Im späteren Verlauf der senilen Demenz wurde die Fähigkeit, die Umwelt aufzufassen und sich mit ihr in Beziehung zu setzen immer unvollkommener. Auch kam es zu Verwirrtheitszuständen und Delirien (Lange 1941).

Ursache für die senile Demenz sah man zu damaliger Zeit in einer hochgradigen Verkleinerung des Gehirns und dem langsam fortschreitenden Zugrundegehen der Nervenzellen. Es fanden sich Drusen und Neurofibrillenveränderungen, doch nicht in der Ausbreitung und in dem Maße wie bei Alzheimer (Fischer 1912).

*d.) andere Formen (Alzheimer, Pick usw.)*

Die *Alzheimersche Krankheit* wurde damals als selten eingestuft. Sie begann durchschnittlich wesentlich eher als die gewöhnliche senile Demenz, meist im 6. oder am Anfang des 7. Lebensjahrzehnts und führte im Laufe der Jahre zu einer besonders starken Demenz. Bei sonst noch guter Haltung waren es einzelne grobe Fehlhandlungen, welche auf die Krankheit aufmerksam machten. Bald traten Merk-, Gedächtnis- und v.a. Reproduktionsschwäche auf. Der Kranke war sich der Veränderung mehr oder weniger bewusst, geängstigt und ratlos. Zunehmend kamen Störungen, die in den Bereich der Aphasie, der Apraxie und der Agnosie hineingehörten, hinzu. Dabei blieb die äußere Haltung, Höflichkeit, Takt lange gewahrt, v.a. aber die gemütlche Ansprechbarkeit. Allmählich nahm die allgemeine Demenz zu, dabei waren die Kranken sich selbst überlassen, vielfach von einer ratlosen Heiterkeit oder auch recht stumpf, dabei traten auch Stereotypen auf, wie Reiben, Wischen, Kramen. Im weiteren Verlauf löste sich langsam die Sprache auf, in Form von rhythmischem Wiederholen der letzten Silben. Bei der Alzheimerschen Krankheit fand man eine schwere Erkrankung der Gesamtrinde, in der reichlich Drusen und v.a eine kenn-

zeichnende Form der Neurofibrillenveränderung nie fehlten, neben den gewöhnlichen Zeichen der senilen Demenz, nämlich der allgemeinen Atrophie (Braunmühl 1930).

Anatomisch handelte es sich nach damaliger Lehrmeinung bei der *Pickschen Krankheit* nicht um eine Erkrankung der Gesamtrinde wie bei der senilen Demenz und bei Alzheimer, sondern um eine hochgradige Atrophie ohne Drusen und Fibrillenveränderung in abgegrenzten Hirnteilen (Lappenatrophie) und Teilen des Parietalhirns. Regelmäßig war die weiße Substanz mitbefallen. Sie begann vielfach schon recht früh, im 5. und 6. Lebensjahrzehnt. Entsprechend dem Verschontbleiben der primitiven Hirnapparate blieben die niederen geistigen Leistungen lange und gut erhalten. Dabei wurden sehr rasch die geistige Initiative, die spontane Aufmerksamkeit und die Fähigkeit zum intelligenten Verhalten gestört. Produktive geistige Leistungen wurden bald unmöglich. Sich selbst überlassen erschienen die Kranken völlig ausgeleert. Die Picksche Krankheit wurde am häufigsten mit der progressiven Paralyse verwechselt, aber es fehlten alle kennzeichnenden neurologischen Symptome (Gans 1923).

### 5.3.7 *Huntingtonsche Chorea*

Die Huntingtonsche Chorea war und ist ein dominantes Erbleiden. Von den Kindern der Kranken war durchschnittlich die Hälfte krank. Die Krankheit konnte nach damaliger Sicht nur dann ausgemerzt werden, wenn alle Angehörige von Choreafamilien auf Fortpflanzung verzichtet hätten. Die Krankheit selbst begann in der Regel recht spät, überwiegend zwischen dem 31. und 45. Lebensjahr. Wenn das Erbleiden unverkennbar in Erscheinung trat, waren die Betroffenen in einem Alter, in dem sie meist schon Kinder hatten. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stand die über den ganzen Körper ausgebreitete Bewegungsstörung, die sich mit Koordinationsstörungen kombinierte. Psychisch fehlten in seltenen Fällen alle Störungen. Die meisten Kranken waren von je psychopathisch, nervös, erregbar, manche paranoid, sexuell anspruchsvoll, asozial und mürrisch-moros. Zu Beginn der Erkrankung verstärkten sich diese Wesenszüge. Es kam zu Stimmungslabilität und zu langsam fortschreitenden Zeichen einer organischen Demenz, zunehmende Stumpfheit bei hervortretenden egozentrischen Neigungen, Merk- und Gedächtnisstörungen, Erschwerung der Aufmerksamkeit, der Auffassung, Urteilsschwäche und Einengung des Horizontes. In

manchen Fällen entwickelten sich psychotische Bilder, Verfolgungs- und Eifersuchtsideen und halluzinatorische Erscheinungen. Die Stimmung der Kranken war vorwiegend mürrisch-gereizt, depressiv, selten gehoben, expansiv (Freund 1925).

Anatomisch war die Huntingtonsche Chorea gekennzeichnet durch einen degenerativen Prozess, der die Rinde, das subkortikale Grau, das Striatum, das Pallidum, den Nucleus dentatus und andere subkortikale Zentren betraf (Spielmeyer 1925).

Die Huntingtonsche Chorea nahm einen langsamen progredienten Verlauf, die Bewegungsstörung ebenso wie die Demenz. Motorische und seelische Störungen konnten aber verschieden schwer bleiben. Eine wirksame Therapie gab es nicht, man versuchte durch Sterilisation im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses der Entstehung dieser Krankheit vorzubeugen (Geratowitsch 1927).

#### 5.3.8 *Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten* (Tumor, Multiple Sklerose)

In der medizinischen Fachwelt bestand Konsens über die Ansicht, dass je früher *Tumore* (Hirngeschwülste) erkannt wurden, umso weniger häufig wurden seelische Störungen beobachtet. Kam es zu deutlichem Hirndruck, fehlten auch selten Beeinträchtigungen des Seelenlebens. Zu den frühen Erscheinungen gehörten epileptiforme Anfälle. Mit beginnendem Hirndruck setzte die Bewusstseinsveränderung im Sinne der einfachen Benommenheit ein, die je nach Schwere des Druckes den leichtesten Graden der Schwerbesinnlichkeit bis zu tiefer Somnolenz, Sopor und Koma führen konnte. Als Folge längerdauernder Hirndruckzustände kam auch der amnestische Symptomkomplex häufig vor, nicht selten mit heiterer Grundstimmung. Auch zeigten sich erhöhte Erregbarkeit im Sinne des neurasthenischen Syndroms. Zu diesen vorwiegend exogenen Syndromen gesellten sich je nach Sitz des Hirntumors psychische Symptome, von denen für die Frontalhirntumore der Verlust der Ernstwertung und Akinese, für die nach hinten gelegenen Tumoren Aphasie, Apraxie und Agnosie genannt werden sollten. Die Lokaldiagnose des Hirntumors war in der Regel eine rein neurologische (Bostroem 1929).

Bei der *multiplen Sklerose* wurden zu Beginn des 20. Jahrhunderts schon im akuten Anfang kurzdauernde exogene Reaktionen gesehen. Doch geschah dies selten, wie überhaupt Psychosen bei der multiplen Sklerose zu den Ausnahmen gehörte. Im Zusammenhang mit entsprechender Veranlagung kamen affektive Bilder (manische

und depressive), paranoide und schizoforme Psychosen gelegentlich vor und an epileptische Anfälle schlossen sich manchmal delirante Erscheinungen an. Zu Beginn der multiplen Sklerose fand man häufig hysteriforme Störungen und hysterische Überlagerungen. Das erklärte man sich damit, dass sich die Patienten oft schon krank fühlten, bevor die neurologischen Symptome erkennbar waren. Der Umstand, dass solch Kranke dementsprechend nicht als krank anerkannt wurden, veranlasste sie oft, hysterische Erscheinungen zu produzieren. Später entwickelte sich in schweren Formen immer eine Demenz, die sich in Verlangsamung, Erschwerung der geistigen Leistungen, in Merk- und Gedächtnisstörungen äußerte. Auffallend war eine gelassene Euphorie, die in seltsamem Gegensatz zu den schweren neurologischen Störungen stand. Immerhin war damit oft eine Affektinkontinenz vergesellschaftet. Manche Polysklerotische waren auch launenhaft, gereizt, andere mürrisch-depressiv. Im späteren Verlauf sah man nicht selten Zwangslachen und Zwangswainen (Bleuler 1937).

#### *5.3.9 Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien („symptomatische Psychosen im engeren Sinne)*

Lange (1941) stellte fest, dass bei erheblichen Veränderungen im Gesamtorganismus, wie sie durch Infektionen und Allgemeinerkrankungen bedingt werden, die Schutzfunktion des Gehirns und dadurch das Seelenleben in Mitleidenschaft gezogen werden könnten. Unser Wohlbefinden bliebe durch keine allgemeine Störung unberührt. Je nach Ausmaß der Erkrankung käme es daher zu Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Reizbarkeit und Unlust, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, aber auch Übelkeit, Erbrechen, Fieber und Kopfschmerzen sowie zu Bewusstseinsstörungen, die von Benommenheit über Somnolenz und Sopor bis zum Koma oder sogar zum Tod führen konnten, wenn nicht therapeutisch gehandelt wurde. Weiterhin konnten Infektionen und Allgemeinerkrankungen auch Auslöser psychotischer Bilder sein, die bei diesen Erkrankungen zum Beispiel als Delirien, Dämmerzustände, Amentiabilder, Halluzinosen, Amnesien oder Neurasthenien auftreten konnten.

a.) *Bei Infektionskrankheiten (einschl. Chorea minor)*

Aus damaliger Sicht war man der Ansicht, dass fast alle Infektionskrankheiten zu symptomatischen Psychosen führten. Eine Ausnahme machte nur Diphtherie und Tetanus, während andere Krankheiten auch das Seelenleben in Mitleidenschaft zogen. Zahlenmäßig war die Grippe stark beteiligt. Die Pneumonie ging häufig mit Delirien einher. Während der Infektion selbst hatten die symptomatischen Psychosen meist den Character des Deliriums, das mit Fieberbewegung schwerer und leichter wurde. Doch konnten auch Dementiabilder, Dämmerzustände, Halluzinosen während der Infektion selbst beginnen. Bei septischen Erkrankungen bestand regelmäßig Benommenheit, daneben wurden auch Delirien und andersartige symptomatische Psychosen gesehen. Eine gewisse Eigenart hatten die symptomatischen Psychosen bei Gelenkrheumatismus insofern, als sie gern unter dem Bild einer stuporösen Benommenheit mit auffallender Körperschwäche und wechselnd starken deliranten Erlebnissen verliefen, um über einen leicht umdämmerten euphorischen Zustand abzuklingen. Selten waren die symptomatischen Psychosen bei Tuberkulose, außer bei den Meningitiden und den akuten ausgedehnten pneumonischen Erkrankungen. Die Lyssa führte zu ängstlicher Unruhe und tiefer Niedergeschlagenheit, die allmählich einer immer zunehmenden Überempfindlichkeit auf allen Sinnesgebieten wich (Bonhoeffer 1912).

Bei der Grippe wurde v.a. eine symptomatische Therapie mit Ausgleich des Flüssigkeitsverlustes und fiebersenkenden Mitteln (Pyramidon) empfohlen. Gegen Kopfschmerzen waren Präparate wie Aspirin und Novaspirin geeignet. Bei Schlafstörungen kamen beispielsweise Veronal, Hedonal, Isopral, Luminal und Neuroal zum Einsatz. Diesen Präparaten war gemeinsam, dass sie sowohl eine schlaffördernde als auch eine schmerzstillende Komponente enthielten (Kayser-Petersen 1921). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts kam eine Vielzahl dieser Schlafmittel auf den Markt, die sich durch ihren unterschiedlichen Wirkstoffgehalt unterschieden. Bei der Wahl des Schlafmittels war es wichtig, zunächst die körperliche oder psychische Ursache der Schlafstörung zu erkennen. So wirkten nach Müller (1939) z.B. Barbitursäurepräparate auf den Hirnstamm und Mittel aus der Alkoholreihe auf die Hirnrinde.

*b.) Bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Intestinalerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anämien, Karzinose, Pellagra usw.)*

Zu den Erkrankungen der inneren Organe, welche Psychosen auslösten, zählte man zu Beginn des 20. Jahrhunderts v.a. Herzerkrankungen und Arteriosklerose. Nach Bloch (1905) waren Herzranke häufig ängstlich, unsicher, launenhaft und reizbar, von ängstlichen Träumen geplagt und unruhig. Auch hier kamen die oben genannten Schlafmittel wie Veronal, Hedonal, Isopral und Baldrianpräparate (z.B. Bornyval) zum Einsatz. Mit diesen Mitteln wurden gute Erfolge bei Herzklopfen, Atemnot und eine Besserung der Angina pectoris-Symptomatik erzielt. Bei organischen Herzaffektionen wirkte sie schmerzlindernd und beruhigend. Traten im Rahmen einer Urämie epileptische Anfälle auf, empfahl Bloch (1905) neben der Therapie der Grundkrankheit, diese antiepileptisch zu behandeln. Psychosen im Rahmen von Erschöpfungszuständen wurden durch schlaffördernde und angsthemmende Mittel behandelt. Bei Psychosen im Rahmen von Magen-Darmerkrankungen und Tumoren wurde zunächst die Grundkrankheit therapiert, sei es operativ oder medikamentös. Anämien wurden je nach Mangelerscheinung mit Eisen oder Vitaminpräparaten behandelt, pellagrabedingte Psychosen mit Nicotinsäure (Wagner 1940).

*c.) Bei Basedow, Myxoedem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen*

Als Stoffwechselerkrankungen, die Psychosen auslösten, spielten damals v.a. Schilddrüsenkrankheiten und Diabetes mellitus eine große Rolle. Der *Basedow* führte zu einer seelischen Abnormisierung: Innere Unruhe, Hast, Überempfindlichkeit gegen Sinnesreize aller Art, Konzentrationserschwerung, Affektlabilität und Erregbarkeit. Beim *Myxoedem* beherrschte die Verlangsamung das Krankheitsbild auf dem Hintergrund eines apathisch-müden, vielfach etwas mürrischen Gemütszustandes. Beim Myxoedem und bei Kretinismus als Folgen einer Schilddrüsenunterfunktion wurde eine Therapie mit Thyreoidin empfohlen, welche die Symptome besserte. Allerdings war die, bei zu spätem Einsetzen der Therapie, auftretende geistige Retardierung nicht mehr rückgängig zu machen. Die Übergänge zwischen Schwachsinn und Normalität waren bei diesen Kranken je nach Behandlungsbeginn und Effektivität fließend. Dattner (1925) empfahl die Verabreichung von Jod an Stelle des Thyreoidins, besonders bei nervösen Zuständen

und Angst im Rahmen einer Schilddrüsenunterfunktion. Die Kropfprophylaxe mittels Jod wurde kontrovers diskutiert, scheiterte aber letztendlich an finanziellen Ursachen. Obwohl ihre Vorteile unbestritten waren, wurde sie nicht flächendeckend durchgeführt. Bei schwerer *Tetanie* gab es zwei Typen exogener Psychosen, einmal Zustände einfacher Benommenheit, in denen die Inanspruchnahme zu mürrisch-gereizter Abwehr führte, zweitens Bilder vom Typ der Amentia von manisch-inkohärentem Anstrich mit wilder Erregung und rapiden Affektbewegungen. Hierbei wurden den Patienten Beruhigungsmittel verabreicht. Bei einer weiteren Stoffwechselerkrankung, dem *Diabetes mellitus*, kam es v.a. darauf an, hypoglykämische bzw. hyperglykämische Krisen zu vermeiden. Eine optimale Blutzuckereinstellung vermied hier eine komatöse Entgleisung mit all ihren Folgeschäden. Dies erfolgte in erster Linie durch Diät, Gewichtsreduktion bei Übergewichtigen und nach der Entdeckung des Insulins im Jahre 1921 durch die Verabreichung dieses Hormons. Häufig zeigten sich bei Diabetikern depressive Zustände. Ihre Behandlung erfolgte wie bei der Depression im Rahmen einer funktionellen Störung. Als weiterer Auslöser für Psychosen spielten *Hypophysenunterfunktion* und *Morbus Addison* eine Rolle. Hier bestand die Therapie in Hormonsubstitution und symptomatischer Behandlung (Croner 1911). Durch *Sauerstoffmangel* bedingte Psychosen wurden mittels Förderung der Atmung, Sauerstoffzufuhr und Beruhigung, ggf. durch Beruhigungsmittel, therapiert.

#### d.) *Symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation*

Bei Patientinnen spielten nach damaliger Ansicht depressive Veränderungen im Rahmen von Menstruation, Gravidität und Geburt eine Rolle. Die *Menstruation* führte bei vielen Frauen zu Missempfindungen, aber auch zu Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Erregbarkeit, Überempfindlichkeit gegen Sinnesreize, auf der anderen Seite zu Müdigkeit und Schläffheit. Geisteskrankheiten während der *Schwangerschaft* waren selten. Häufiger traten zirkuläre Depressionen, manische Erregungen und Schizophrenien auf. Sie wurden in erster Linie von Frauenärzten in Zusammenarbeit mit Psychiatern behandelt. So konzentrierte man sich bei Eklampsie v.a. auf die Regulierung des Blutdruckes, des Wasserhaushaltes und der Ausscheidung und eine ausreichende Schmerzprophylaxe zur Vorbeugung komatöser Zustände. Des Weiteren strebte man bei der Eklampsie eine frühestmögliche Entbindung an, um Gefahr für Leben von Mutter und Kind abzuwenden.

Im *Puerperium* (Wochenbett) kam es häufig zu endogenen Psychosen, die von den Umwälzungen des Puerperium ausgelöst wurden. Diese schizophrenen Psychosen waren oft katatoner Natur, die Melancholien erschienen ängstlich erregt, die Manien verworren. Am Ende der *Laktation* (Stillzeit) kam es gelegentlich zu endogenen Psychosen, stillende Frauen waren dann häufig eifersüchtig (Bossi 1911).

### 5.3.10 Alkoholismus

Bei den Alkoholpsychosen erkannte man zu Beginn des 20. Jahrhunderts, dass die Toleranz des Alkohols verschieden war, z.B. dass Männer größere Alkoholmengen vertragen als Frauen. Natürlich spielten neben dem Geschlecht auch individuelle Faktoren, wie Alter, Gewicht und chronische Erkrankungen, bzw. situative Faktoren, wie z.B. Alkoholgenuss nach körperlicher Anstrengung, eine große Rolle. Welches Problem der Alkoholmissbrauch in Deutschland darstellte, geht aus den folgenden Zahlen hervor: „In Deutschland wurden vor dem Krieg jährlich rund 4 Milliarden Mark für Alkohol ausgegeben, davon entfielen 700 Millionen auf Wein, 760 Millionen auf Branntwein und 2500 Millionen auf Bier. Rechnet man die, diesen Werten entsprechende Menge reinen Alkohols, auf den Kopf der Bevölkerung aus, so erhält man 27 ccm absoluten Alkohol oder aber 88 ccm Trinkbranntwein pro Kopf und Tag“ (Bumke 1936, S. 321). Alkoholgenuss und auch Missbrauch spielten in Deutschland eine große Rolle. Die Alkoholwirkungen waren genau bekannt. Alkohol verursachte eine Herabsetzung der intellektuellen Leistungen, der Konzentration, der Auffassung und des Reaktionsvermögens. Besonders bei Kindern und alten Menschen war die Toleranzschwelle gegenüber Alkohol, aber auch gegenüber Medikamenten herabgesetzt.

#### a.) Rauschzustände

Bei den akuten Störungen beobachtete man zur Zeit der Weimarer Republik meist einen grobschlägigen Tremor, bei Alkoholentzug ein feinschlägiges Zittern oder ebenfalls Tremor. Ebenso Lähmungserscheinungen, Koordinationsstörungen, Erregungen, Sinnestäuschungen und aggressive Verhaltensweisen. Das Alkoholdelir schließlich ging außerdem mit körperlichen Symptomen einher. Häufig gingen Schlaflosigkeit und Schreckhaftigkeit sowie bestimmte schreckhafte Visionen und Träume einem Alkoholdelir voraus. Wurde eine Alkoholabstinenz erreicht, bildeten sich die Symptome zurück. Eine günstige Wirkung wurde in der Phase der Entgiftung

mit Paraldehyd oder Scopolamin erreicht. Zusätzlich fanden Schlafmittel wie Veronal, Proponal, Luminal und Isopral Anwendung. Bei den erregten Kranken im Delir standen Sedierung durch Gabe von Schlaf- und Beruhigungsmitteln sowie Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen, z.B. durch Herz- Kreislaufmittel, im Vordergrund (Pilcz 1912).

*b.) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.)*

Chronischer Alkoholismus ging mit physischen und psychischen Störungen einher, bedingt durch einen meist langandauernden Alkoholmissbrauch und Änderung der Toleranzschwelle für dieses Suchtmittel. Bei allen Trinkern kam es im Verlauf ihrer Krankheit zu Degenerationserscheinungen, bedingt durch Hirnabbauprozesse, wie z.B. zu Aufmerksamkeitsstörungen, Denkstörungen, Schädigung des Gedächtnisses, Trugwahrnehmungen, Konfabulationen, starker Abstumpfung, Reizbarkeit, Labilität und Urteilsstörungen. Häufig traten auch Wahnvorstellungen auf dem Boden der alkoholischen Degeneration auf, besonders häufig war der Eifersuchtswahn bei Trinkern (Pilcz 1912). Zur Therapie der Leberstörungen und der Glycogenverarmung empfahl Säker (1939) die Insulin-Traubenzucker-Behandlung, gekoppelt mit einer Vitamin B1-Therapie. Hartnäckige Trinker, die ihre Familien schädigten, konnten entmündigt werden. Schwerer Alkoholismus fiel unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

*c.) Delirium tremens und Halluzinose*

Gemäß des damaligen Wissensstandes erkrankten am *Delirium tremens* nur langjährige Alkoholabhängige und überwiegend Kranke, die Schnaps konsumierten. Man ging davon aus, dass es nicht der Alkohol selbst war, der zum Delir führte, sondern es wurden ätiologische Zwischenglieder angenommen in Form von Stoffwechselstörungen, unter denen Leberstörungen eine große Rolle spielten. Diese Zwischenglieder entstammten ihrerseits natürlich dem Alkohol. Die körperlichen Erscheinungen waren schon vor dem Ausbruch des Delirs längere Zeit deutlich ausgeprägt. Die volle Ausbildung des Delirs zeigte sich dann in Tremor, Bewegungsunruhe, Gleichgewichtsstörungen und fast völliger Schlaflosigkeit. Der Kranke war örtlich und zeitlich desorientiert, während er zur eigenen Person völlig orientiert war. Seine Aufmerksamkeit war immer zu erregen und man konnte mit ihm kurze sinnvolle Gespräche führen. Doch die Ablenkbarkeit war hoch, v.a. durch die deliranten Erlebnisse. Bei zu langer Inanspruchnahme wurde der Kranke durch seinen Sinnestzug und dessen

wahnhafte Erlebnisse gefangen genommen, in denen er versank, sobald man ihn sich selbst überließ. Zum Teil handelte es sich um phantastische Erlebnisse, die dem Traumgeschehen glichen und sich szenenhaft zusammenschlossen. So z.B. erfüllten Fabelwesen den Raum und drohten den Kranken zu verschlingen. Das Delir heilte in ca. 3-7 Tagen ab, sofern nicht der Tod durch Herzschwäche eintrat. Die Behandlung des Deliriums hatte vor allem das Herz und den Stoffwechsel ins Auge zu fassen. Deshalb bekamen die Kranken von vornherein ein Herzmittel, Decholin und Traubenzuckerinjektionen um die Entgiftung des Organismus anzustreben. Paraldehyd wurde als Schlafmittel gegeben, auch wenn es erst ab dem 2. oder 3. Tag wirkte. In Anbetracht des meist chronischen Vitaminmangels gab man Vitamin B<sub>2</sub> (Pohlisch 1926).

Die *Halluzinose* war wesentlich seltener als das Delir. Bei dieser Erkrankung kam es zu einer raschen Entwicklung eines zusammenhängenden Verfolgungswahnes vorzugsweise auf Grund von Gehörtäuschungen bei nahezu vollkommener Klarheit des Bewusstseins. Die Kranken hörten zunächst ein Sausen im Kopf, Klingen in den Ohren, Singen, Musik, Schießen und Schreien. Noch häufiger waren es Stimmen, die den Kranken zur Aufmerksamkeit zwangen, auch wenn er noch von dem subjektiven Charakter der Täuschungen überzeugt war. Sie waren scharf lokalisiert, kamen aus der Wand oder aus dem Kopfkissen. Kennzeichnend war die Massenhaftigkeit und Gleichzeitigkeit mehrerer Stimmen. Vielfach versuchten sich die Kranken den Verfolgern zu entziehen. Die Halluzinose dauerte meist einige Wochen. Die Behandlung bestand vorwiegend darin, den Kranken vor sich selbst und seiner Umgebung zu schützen. Deshalb kamen Halluzinanten in die geschlossene Abteilung einer Psychiatrie (Bonhoeffer 1901).

*d.) Korsakowsche Psychose (Polioencephalitis haemorrhagica)*

Die Hauptursache für die Korsakowsche Krankheit war nach damaliger Sicht langjähriger schwerer Schnapsalkoholismus. Er entwickelte sich schleichend aus der zunehmenden alkoholischen Demenz heraus. Das Bewusstsein der Kranken war klar, sie erschienen unauffällig, besonnen, fassten rasch auf und bewegten sich in konventionellen Bahnen ungestört. Aber sie waren zeitlich und örtlich desorientiert und zwar aufgrund einer hochgradigen Merkstörung. Die Kranken vergaßen von einem Augenblick auf den anderen. Neben der Merkfähigkeit versagte auch noch die Reproduktion, das Behaltene stand nicht im richtigen Augenblick zur Verfügung. Die Gedäch-

nislücken und die Merkschwäche wurden von den Kranken meist durch Konfabulationen verdeckt. Auch die Aufmerksamkeit und Auffassung waren schwer gestört und das Urteilsvermögen war stark eingeschränkt. Korsakowkranke waren meist inaktiv, initiativlos, stumpf, euphorisch leer, moros-verdrossen und gelegentlich auch ängstlich. Die Prognose war meist ungünstig. Eine Behandlung gab es nicht.

#### 5.3.11 *Süchte* (Morphinismus, Kokainismus usw.)

Man war der Ansicht, dass der Morphinismus besonders nach dem Ersten Weltkrieg eine große Rolle spielte. Die Zahl der Erkrankten ging nach 1922/23 allmählich zurück. Die Zahl der Missbrauchsfälle war in Großstädten höher als in ländlichen Gegenden und in der Arbeiterbevölkerung war der Missbrauch deutlich niedriger als in den sogenannten besseren Kreisen (Pohlisch 1931). Bedingt durch die Problematik des Missbrauchs von Opioiden war bald eine Erweiterung und Präzisierung des Opiumgesetzes in Deutschland notwendig (Schultze 1929). Das Opiumalkaloid Morphin wirkte euphorisierend und schmerzstillend. Morphinismus war ein Schritt für Schritt entstehendes süchtiges Verlangen nach Morphin, das zu völliger Abhängigkeit führte. Als Folgesymptome entwickelten sich Zustände, die auf eine Schädigung der Hirnfunktionen schließen ließen, wie Störungen des Gedächtnisses, der Merkfähigkeit und Konzentration, depressiv gereizte Zustände, Abnahme der intellektuellen Leistungen, verbunden mit dem Verlust des Selbstwertgefühls. Die Entzugsserscheinungen stellten sich in der Regel 5 bis 6 Stunden nach Ausbleiben der erwarteten Dosis ein. Es kam zu panischer Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit und starker Übelkeit. Gefürchtet waren vor allem kollapsähnliche Zustände mit einem Absinken der Herzfrequenz. Schwere und Dauer der Entzugssymptomatik schwankten erheblich (Bolten 1921). Alle Entzugsserscheinungen ließen sich sofort durch die Gabe von Morphin beseitigen. Bei der Behandlung des Morphinismus wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts zwischen der plötzlichen, der schnellen und der allmählichen Entziehung unterschieden. Entziehungskuren erfolgten nur in geschlossenen Anstalten. Dabei wurde die Dosis des Morphins innerhalb von 5 bis 10 Tagen stufenweise auf Null reduziert. Die Kranken sollten während der Entziehungskur viel an der frischen Luft spazieren gehen, ansonsten viel liegen. Bei Unruhezuständen und Schlaflosigkeit wurden Schlafmittel verabreicht. Bumke (1936) hielt Scopolamin, Luminal und Pernocton für besonders geeignet. Wichtig war bei allen Formen der Behandlung

des Morphinismus vor allem das Ziel der totalen Entziehung. Die Prognose war bei plötzlichem Entzug am günstigsten (Schwarz 1927).

Eine weitere Vergiftungsgruppe, welche psychische Störungen auslöste, war der *Kokainismus*. Er spielte in Deutschland im Vergleich zum Morphinismus eine geringere Rolle. Joel und Fränkel (1924) wiesen darauf hin, dass der Kokainismus keine rein klinische, sondern eine soziale Erscheinung sei. Besonders in der Oberschicht gelte es als schick, Kokain zu nehmen. Vor allem Schauspieler, Kellner und Künstler nahmen oft Kokain zu sich. Bei vielen Patienten kam es zu Euphorie, Zunahme der motorischen Erregbarkeit, später dann zu Muskellähmungen und deliranten Bildern. Chronische Vergiftungen führten zu körperlichen und geistigen Abbauprozessen. Die Kokain-Psychose war gekennzeichnet durch Sinnestäuschungen, Verfolgungs- und Eifersuchtsideen, Gefühlstäuschungen und Wahnvorstellungen. Die auftretenden Erscheinungen waren oft ausgeprägter und stürmischer als beim Morphinismus (Kraepelin 1923). Die psychischen Symptome bei Kokainismus wurden von Joel und Fränkel (1924) in drei Phasen unterteilt: in die euphorische Phase, eine Rauschphase und eine Phase der Depression. Die Behandlung erfolgte durch Entziehung. Dabei mussten Herzstörungen, Atemprobleme, Ohnmachtsanfälle und Kollapsneigung therapiert werden. Als Mittel bzw. Methoden wurden neben Magenspülungen und dem Trinken von Tierkohleaufschwemmungen vor allem die Anwendung von Schlafmitteln, wie Chloralhydrat, Scopolamin hydrobromicum und Veronalkombinationen empfohlen (Friedländer 1913).

### 5.3.12 *Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.*

Man ging damals davon aus, dass Äther und Paraldehyd bei gewohnheitsmäßigem übertriebenem Gebrauch zu Verfassungen führten, die jenen des chronischen Alkoholismus außerordentlich ähnelten. Die *Schlafmittel* der Barbitursäurereihe (u.a. Veronal, Luminal Somnifen, Noctal) führten bei chronischem Missbrauch zu paralyseähnlichen Bildern. Neben körperlichen Symptomen kam es auch zu Störungen der Merkfähigkeit, des Gedächtnisses, Verlangsamung, Stumpfheit, gelegentlich auch zu Euphorie. Präparate der Benzhydrinreihe (Pervitin) führten bei unsachgemäßem Gebrauch zu erheblicher Unruhe, die schließlich zu Erschöpfung führte. Beim Bromismus kam es zur Herabsetzung aller geistigen Leistungen, depressiven Verstimmun-

gen, gelegentlich zu Verwirrtheits- und Benommenheitszuständen. Vergiftungen mit Bilsenkraut (Skopolamin), Tollkirsche (Atropin) und Stechapfel führten zu lebhaften Delirien. Nach dem Erwachen fanden sich Merk- und Gedächtnisstörungen und Reizbarkeit. Auch Jodoform führte zu exogenen Psychosen, in denen besonders Gesichterschneiden und stereotype Bewegungen vorkamen (Pohlisch und Panse 1934).

Bei der chronischen *Bleivergiftung* kam es zu echten neurasthenischen Zuständen. Sodann kam es im Zusammenhang mit epileptiformen Anfällen manchmal zu Delirien.

Bei der chronischen *Quecksilbervergiftung* entstand der „Erethismus mercurialis“, Zustände von Erregbarkeit, Reizbarkeit und Empfindlichkeit, die neben körperlichen Erscheinungen auch mit Gedächtnisschwäche verbunden waren.

Das *Mangan* führte zu ausgesprochen parkinsonistischen Zuständen, in denen die Zwangsaffecte besonders hervortraten. Weiters bestand eine euphorische Indolenz, manchmal auch eine paranoide Seelenhaltung.

*Schwefelkohlenstoffvergiftungen* führten zu Rauschzuständen, meist heiter-erregter Art und zu Delirien. Häufig kam es zu schweren Schäden am peripheren Nervensystem (Meggendorfer 1928).

Bei chronischer Aufnahme kleiner Mengen von *Kohlenoxyd*, wie es in zahlreichen gewerblichen Betrieben (Bergwerk, Hochofen Gaswerk) vorkam, entstanden Anämien und uncharakteristische neurasthenische Beschwerden (Seelert 1919).

#### 5.3.13 a.) *Epilepsie ohne nachweisbare Ursache*

Die Epilepsie war - besonders wegen des dramatischen Bildes des großen Anfalls - seit altersher bekannt. Der Epilepsiebegriff leitete sich aus dem Griechischen epilambanein – ergriffen werden, überwältigt werden – ab. Im Lateinischen wurde die Erkrankung als „Morbus sacer“ bezeichnet. Es wurde darunter ein cerebrales Anfallsgeschehen unterschiedlicher Genese und unterschiedlicher Ausprägung gesehen.

Als *genuin* fasste man jene Krampfkrankheiten zusammen, für die eine äußere Ursache nicht bekannt war. Das Symptom an das sich die Klinik halten musste, war der elementare tonisch-klonische Krampf, bei dessen Fehlen eine Epilepsie nicht diagnostiziert werden konnte. Dieser generalisierte, d.h. mit Beteiligung des ganzen Körpers und mit Bewusstseinsverlust einhergehende Krampfanfall kam vor als Ausdruck der genuinen (erblichen) Epilepsie. An der Tatsache, dass es erbliche Epilep-

sieformen gab und dass damit der wesentliche Teil der genuine Epilepsie erfasst war, ließ sich nicht zweifeln. Der elementare Krampf war das Leitsymptom der Epilepsie. Unvermittelt oder nach verschiedenartigen Vorläufererscheinungen (Aura) setzte unter Bewusstseinsverlust und Hinstürzen ein tonischer Krampf der Körpermuskulatur ein, der meist zu einer allgemeinen Streckhaltung führte, aber einzelnen Gliedern auch langsame und steife andersartige Bewegungen geben konnte und nach kurzer Zeit in klonische Zuckungen des Rumpfes, der Glieder, der Kau-, Zungen-, Gesichts- und Augenmuskulatur überging. Nach einer Gesamtdauer von 1-2 Minuten wurden die Zuckungen seltener und die Zuckungsausschläge umfangreicher bis Körperruhe eintrat. Die den Krampf begleitende Bewusstlosigkeit konnte unmittelbar in Schlaf hinüberführen, aus dem der Kranke zerschlagen und müde erwachte. In der Genese des epileptischen Anfalles spielten vasomotorische und endokrine Vorgänge eine wesentliche Rolle. Beide wirkten über eine Verschiebung des Säure-Basengleichgewichts. Vor dem Anfall kam es zu einer üppigen Vasodilatation. Anfallsauslösend wirkte besonders Alkohol, überhaupt reichliche Flüssigkeitsaufnahmen. Der Zustand der Bewusstseinsstrübung, der sich zwischen den elementaren Krampf und das Erwachen einschob, konnte längere Zeit, Stunden, Tage, Wochen andauern und sich dann langsam oder auch rasch aufhellen (Pilcz 1912). An Stelle der Dämmerzustände konnte es zu Delirien kommen, mit denen lebhaftere Erregung und traumhaft phantastische Visionen, aber auch Gehörs- und anderen Sinnestäuschungen einhergingen. Dabei bestand meist außerordentliche Angst oder auch ein hochgradiger Zornesausbruch. Die Inhalte der durch Sinnestäuschungen illustrierten Erlebnisse waren vielfach religiöser Natur, vielfach aber auch phantastische Quälereien und Bedrohungen. Dämmerzustände führten zu Verstimmungen, die Stunden, Tage, Wochen anhielten und die verschiedenste Färbung annehmen konnten. Es gab Zustände feierlicher Gehobenheit, in denen die Kranken sich unerhört glücklich, ekstatisch gehoben fühlten und eine feierlich-getragene Haltung zeigten. Andere Epileptiker bekamen depressiv-gehemmte Verstimmungen. Besonders häufig waren die nervös-geladen-gereizt-explosiblen Verstimmungen, die oft einhergingen mit paranoiden Gedanken und Gewalttaten. Die Hauptsache dabei war nicht das Ziel oder das Wandern, sondern der Drang „fort zu gehen“. Die genuine Epilepsie begann meist früh im Leben, Männer wurden wesentlich häufiger befallen als Frauen. Eine einheitliche Schilderung des Verlaufs ist unmöglich, da es die verschiedensten Verläufe gab. Bei vielen Epileptikern war das Ende eine erhebliche Demenz, die sich in

starker Schwerfälligkeit, Langsamkeit, Einengung, Sprachschwierigkeiten und Charakterveränderungen kennzeichnender Art kundgab und sich lange Zeit hinziehen konnte. Als Erbkrankheit fiel die genuine Epilepsie unter die Anzeigepflicht des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Stauder 1938). Die Behandlung hatte v.a. jene Reize auszuschalten, die die Anfallshäufigkeit steigerten. Der Epileptiker sollte also ohne Alkohol, ohne Nikotin, mit reichlich Schlaf, ohne starke Muskelanstrengung und bei laktovegetabiler, fleisch-, kochsalz- und flüssigkeitsarmer Ernährung leben. Von den Mitteln zur Anfallbekämpfung standen Luminal und Brom im Vordergrund. Zweckmäßig war es neben Luminal noch Ameisensäure zu geben. Ende der 30er Jahre setzte man Luminal gern Koffein zu. Der Epileptiker sollte in den Anfällen und besonders im Status vor Verletzungen geschützt werden. Zweckmäßig war hier besonders das Polsterbett. Auf keinen Fall durfte der Epileptiker in Maschinenbetrieben oder auf exponierter Stelle arbeiten (Müller 1920).

#### 5.3.13 b.) *symptomatische Epilepsie* (soweit nicht in einer anderen Gruppe aufzuführen)

John Russel Reynolds (1828-1896) prägte den Begriff der symptomatischen Epilepsie bei Nachweis einer cerebralen Läsion. Es war also bei jedem Fall von Epilepsie erforderlich sich zu vergewissern, ob nicht eine äußere Ursache, eine erworbene Schädigung der Ausgangspunkt für die Anfälle sein konnte. So konnte ein epileptischer Anfall auch Ausdruck einer Urämie, einer Stoffwechselvergiftung oder Symptom einer Lues bzw. einer Paralyse sein. Auch Hirntraumen konnten zu generalisierten epileptiformen Anfällen führen, ebenso Hirntumore (Mauz 1937).

#### 5.3.14 *Schizophrener Formenkreis*

Bereits im indischen Ajur Weda, etwa 1400 v. Christi und bei Arateus von Kappadozien, etwa 150 n. Christus, wurden Symptome beschrieben, die an Schizophrenie denken ließen. 1857 bezeichnete Benedict Augustin Morel (1809-1873) den progredienten intellektuellen Verfall jugendlicher Erwachsener mit dem Begriff „*démence précoce*“. Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) veröffentlichte 1874 ‚Die Katatonie oder das Spaltungsirresein‘. Sein Schüler Ewald Hecker (1843-1903) bezeichnete diese Krankheit mit dem Begriff Hebephrenie. Emil Kraepelin (1856-1926) verwendete

te 1893 in seinem Psychiatrie-Lehrbuch erstmals den Begriff Dementia praecox und grenzte zunächst die Katatonie und die Dementia paranoides davon ab. Er fasste aber 1898 die drei Krankheitsbilder zusammen und bezog die Dementia simplex 1903 in diesen Formenkreis endogener Psychosen ein, in dem er eine Progression, chronische Invalidität bzw. Defektbildung als Gemeinsamkeiten herausstellte (Kraepelin 1909).

Heute gilt statt Dementia praecox der Ausdruck Schizophrenie. Eugen Bleuler (1857-1939) prägte diesen Neologismus (aus dem Griechischen, schizein-spalten und phren-Zwerchfell, Seele, Verstand). Er unterteilte die Schizophrenie in ihre Grundsymptome, wie Störung der Assoziation (des Gedankenganges), Störungen der Affektivität, Ambivalenz, Autismus, Störung des Willens und des Handelns, Störung der Person und akzessorische Symptome der Schizophrenie, wie Sinnestäuschungen, Wahnideen, funktionelle Gedächtnisstörungen, katatone Symptome und Störungen von Schrift und Sprache. Bleuler (1908) war der Ansicht, dass den Schizophrenien ein organischer Mechanismus zugrunde liegen müsse.

Die Schizophrenie war zur damaligen Zeit die häufigste Geisteskrankheit. Langsam progredient, häufig auch in Schüben verlaufend, führte die Krankheit in den meisten Fällen zu bleibenden Veränderungen und oft zu eigenartigen, schweren Defektzuständen, die eine dauernde Absonderung der Kranken von der Gesellschaft nötig machten (Bleuler 1911).

Auf dem Gebiet des *Denkens* war ein eigenartiger Zerfall der Denkregeln und Begriffe, der bei jedem Schizophrenen deutlich wurde. Auch das Gemütsleben war verändert. Bei den meisten machte sich eine Gemütsleere breit oder sie hatten Gemütsregungen und Gefühlsbeziehungen, die durch den Gesunden nicht einfühlbar waren. Im Handeln und Denken schwand Folgerichtigkeit, Einheit und die Richtung auf die Verwirklichung allgemein verbindlicher Werte. Dabei passten weder die Denkinhalte zueinander noch führten sie zu verständlichem Widerhall oder entsprechendem Handeln. Gerade darin äußerte sich das eigentlich „Schizophrene“, die Spaltung im Seelenleben der Kranken. Besonders häufig kam es zu Störungen des Denkens, die am besten als Zerfahrenheit bezeichnet wurden. Dabei war es dem Kranken möglich, die absonderlichsten Inhalte gedanklich zusammenzubringen. Im schizophrenen Denken konnten alle Gegenstände mit allen anderen zusammengebracht werden und alle Arten von Beziehungen: Grund und Folge, Ursache und Wirkung, Bedingungs- und zeitliche Zusammenhänge, äußere und innere Wirkung gegeneinander

vertauscht werden (Beringer und Düser 1921).

Zu Beginn der Erkrankung bemerkten die Kranken die veränderte *Affektivität* selbst. Sie spürten einen Nachlass, ein Verblässen der herzlichen Beziehungen zu Eltern und Freunden. Die bisher erstrebten Werte verloren an Bedeutung, zugleich entwickelte sich aber eine hohe Empfindlichkeit gegenüber kleinlichen Vorkommnissen. Häufig kam es auch zu einer Verkehrung der herzlichen Beziehungen. Die geliebte Mutter wurde nicht nur gleichgültig, sondern verhasst. Dazu tauchten qualitativ neue Stimmungs- und Gefühlsregungen auf, Regungen des Grauens, der Verzweiflung, der abgründigen Öde, des Verlorenenseins, des Hasses und der Scheidung von Lebendigem, aber auch solche der vollen Einigung, der Begnadigung, der Erleuchtung sowie ekstatische Glücksgefühle (Berze 1928).

Das *Handeln* der Schizophrenen entsprach ihrem zerfahrenen inhaltlich verschrobenen Denken und ihrem veränderten Triebleben. Sie waren einerseits läppisch-spielerisch, ungeordnet und unberechenbar ihren Launen, Gedankenbruchstücken und zufälligen Anregungen von außen preisgegeben, andererseits paradierten sie entsprechend ihrer überlegen-abweisenden Haltung mit Grandezza, wortlos oder maniert, aber auf alles folgerichtige Handeln verzichtend, nichts zu Ende machend, kein Ziel verfolgend (Kihn und Luxemburger 1940).

*Halluzinationen*, also Sinnestäuschungen, die den Wahrnehmungen glichen, ohne dass ihnen ein reales Vorkommnis der Außenwelt entsprach, waren bei der Schizophrenie besonders häufig. Akustische Halluzinationen überwogen, dabei standen im Vordergrund die Stimmen. Die Kranken hörten Worte, Sätze, oft abgerissen, nicht selten mit bestimmten Merkmalen, wie weiblich/männlich, laut/leise etc. Es war niemand zu sehen, der sprach und nur dadurch konnte der Kranke die Stimme von der einer realen Person unterscheiden. In der Regel zweifelte der Kranke mehr an den wirklichen Erlebnissen seiner Sinne und seiner Überlegungen, als an der Tatsächlichkeit der Stimmen, die sein Denken und Handeln beherrschte (Krapf 1928).

Aus der großen Fülle an *Wahnvorstellungen* Schizophrener hoben sich v.a. zwei Formen heraus, zum einen das Erleben von Bedeutungen, das in unvermittelter Gewissheit vor sich ging, zum anderen die krankhafte Eigenbeziehung. Im ersten Fall hatte der Kranke Wahrnehmungen belangloser Art, aber auch Vorstellungen oder Gedanken, die er mit Bedeutungen erfüllte, für die jedes erkennbare Motiv oder jede Begründung fehlten. Zum Beispiel sah der Kranke einen Mann, der den Hut vom Kopf nahm, was ihm bedeutete, dass seine Frau einen Unfall erlitten hatte, er konnte

es nicht begründen, er wusste es eben. Im zweiten Fall, der krankhaften Eigenbeziehung, setzte der Kranke alle Vorkommnisse zu sich in Beziehung. Zum Beispiel, wenn zwei Polizeibeamte zusammen standen, dann sprachen sie über ihn oder wenn ein Auto hupte, dann wegen ihm. Zugleich fanden sich die Kranken in einer „Wahnstimmung“, in der Ratlosigkeit, Gefühl des Unheimlichen, des Verändertseins oder der Änderung der Welt und Angst sich mischten. Inhaltlich waren für akute schizophrene Zustände Erlebnisse des Weltunterganges und andere religiös gefärbte Erlebnisse und Leidenserlebnisse nach Art des Heilandmartyriums kennzeichnend. Bei den chronischen Verläufen spielte der physikalische Verfolgungswahn (Beeinflussung durch Elektrizität, Magnetismus), magische Gewalten (Hypnose, Telepathie) und Willens- oder Gedankenbeeinflussung eine große Rolle (Schneider 1922).

Eine kausale Behandlung der Schizophrenie gab es nicht. Man ging davon aus, dass das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses durch Sterilisation dazu führen würde, dass allmählich weniger Schizophrene geboren würden. In der Anstalt war man zunächst auf die symptomatische Behandlung (Schlaf- und Beruhigungsmittel, künstliche Ernährung ) angewiesen. Bei akuterer Erregungen war manchmal Dauerschlaf angezeigt. Ende der 30er Jahre wurde die Insulin- und die Konvulsionsbehandlung mit Erfolg bei der Schizophrenie durchgeführt. Da Schizophrene dazu neigten bei längerer Isolierung einen Autismus zu entwickeln war man dazu übergegangen Schizophrene rasch in die Arbeitstherapie zu bringen (Sakel 1938).

### 5.3.15 *Manisch-depressiver Formenkreis*

#### *a.) manische und depressive Phasen*

Unter dem manisch-depressiven Irresein verstand man zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine Erbkrankheit, die vorwiegend in höheren sozialen Schichten vorkam. Die Krankheit verlief in einzeln voneinander abgetrennten Phasen von unterschiedlich langer Dauer. Die Haupterscheinungsformen des manisch-depressiven Irreseins waren die Melancholie und die Manie. Im Vordergrund der *melancholischen* Symptombilder standen die unmotivierte Traurigkeit, der sich oft Angst beimischte und die Hemmung aller seelischen Lebensäußerungen, besonders des Denkens und Handelns. Bei leichteren Fällen war es das Fehlen jeder freudigen Erregung, die Liebe zu Partnern schien zu verblassen, der Beruf wurde gleichgültig. Dieses Schwinden des affektiven Widerhalls, eine Form der Depersonalisation wurde von den Kranken

als quälend erlebt. Bei schweren Formen der Melancholie war es eine Trauer, die den Kranken erfüllte und auch in seinem Ausdruck deutlich wurde. Die Trauer war meist vergesellschaftet mit einer unabwälzbaren Schwere und Angst, die auch körperlich als ständiger Druck auf der Brust erlebt wurde. In dieser Beziehung zum Körper war die Depression von der Hemmung kaum zu trennen, v.a. war der Kranke in seinen höheren Willensleistungen gehemmt. Er konnte sich zu nichts entschließen, alles schien ihm schwer und unausführbar. Zur Tagesarbeit konnte er sich nicht oder nur unter großen Mühen aufraffen. Zugleich war sein Denken gehemmt. Es fiel ihm nichts ein, er konnte einem Gespräch nur mühsam folgen, von sich aus den Gedanken und das Gespräch nicht fortführen. Seine Vorstellungen waren dabei blass und farblos. In den schwersten Formen der Erkrankung erlosch jede willkürliche Lebensregung. Die Kranken waren wie in ihrer Depression erstarrt, bewegungslos. Anfänglich ängstliche Befürchtungen schlugen bald in hypochondrische Befürchtungen um. Der Melancholische konnte davon überzeugt sein, dass er an unheilbaren Krankheiten litt (Pilcz 1912).

Das Gegenteil der Melancholie war die *Manie*. Bei der Manie beherrschten heitere oder expansive Stimmung und Erregung das Krankheitsbild. Die Stimmung war eine ansteckende, natürliche Heiterkeit bei starker affektiver Erregbarkeit. Das Denken des Manischen war gekennzeichnet durch Ideenflucht. Die Inhalte des Denkens und Redens ordneten sich nicht einem umfassenderen Gedanken unter. Sie erfüllten nicht die Aufgabe, die etwa eine Frage stellte, vielmehr kam der Kranke immer wieder vom Thema ab. Bewegt wie Denken und Reden war auch sein Handeln. Der Manische hatte immer etwas zu tun, in jedem Augenblick etwas anderes. Im Krankenhaus wurde er mit allen Mitkranken schon am ersten Tag bekannt, schloss sofort Freundschaften, erwarb sich Feinde und mischte sich in alles ein. Rosige Stimmung und Optimismus sowie die Denkstörung, die dem Manischen nicht gestattete, die Dinge zu Ende zu denken, ließen ihn leicht in gewagte und leichtsinnige Unternehmungen hineingeraten. Sie trieben ihn zu Alkohol und sexuellen Entgleisungen. Es kam zu unsinnigen Geldausgaben, zu leichtfertigen Spekulationen und unerfüllbaren Verpflichtungen, die den Kranken in größte Schwierigkeiten bringen konnten. Übertriebene Selbstüberzeugung und Reizbarkeit führten zu zahlreichen Konflikten, sodass in einem ausgeprägten manischen Zustand der Kranke in die Psychiatrie eingewiesen werden musste. Das Selbstbewusstsein der Kranken war immer unangemessen, sie renommierten gern und legten sich auch mal Titel zu (Westphal 1915).

Melancholie und Manie konnten unvermittelt, über Nacht einsetzen und rasch ihre größte Tiefe erreichen. Bei der Manie konnte ein rascher rauschartiger Zustand den Anfang bilden. Der Melancholische spürte eines Tages eine Unfrische, dann wenn alles mühsamer ging. Es dauerte unter Umständen Wochen bis Monate bis die Melancholie ihren Tiefpunkt erreichte. Ebenso allmählich ging die Besserung vor sich, die mit deutlichen Tagesschwankungen, mit heiteren Träumen sich einläutete. Die typische Melancholie dauerte immer Monate, durchschnittlich 5-6, für die Manie galt dasselbe (Bumke 1936).

Die größte Gefahr, welche die Melancholie mit sich brachte, war die Selbstmordneigung. Viele Melancholische starben, noch ehe die Krankheit erkannt wurde. Die nächst gefährliche Zeit war die der nachlassenden Hemmung, wenn die Verstimmung noch andauerte. Melancholische gehörten deshalb auf eine geschlossene Krankenabteilung und unter ständige Aufsicht. Die ärztliche Hauptsorge galt dem Schlaf, der Angst und der Nahrungsaufnahme. Schlaf versuchte man mit Schlafmitteln wie Veronal, Luminal oder Evipan herbeizuführen. Das Mittel zur Bekämpfung der Angst war das Opium. Bei Manien und bei Depressionen hatte man Versuche mit Insulin und mit der kombinierten Insulin-Cardiazolbehandlung gemacht. Noch bessere Erfolge hatte man mit den Elektroschocks. Der Melancholische durfte keine geschäftlichen Maßnahmen treffen, weil er in der Gefahr war, aus seiner pessimistischen Beurteilung der Sachlage heraus, sich ungünstig zu entscheiden. Auch Manische wurden in die Anstalt gebracht, sobald ihre Enthemmung sie in soziale Konflikte zu bringen drohte. So gewaltig mancher Manische sich auch zur Wehr setzte, so fand er in der Anstalt rasch ein geeignetes Betätigungsfeld (Kraepelin und Lange 1927). Auch dieses Krankheitsbild fiel unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

*b.) hyperthyme, dysthyme und zylothyme Konstitution*

*Hyperthyme* nannte man damals jene sonnige Naturen, die sich nach zehn fehlgeschlagenen Unternehmungen immer noch über die elfte freuten, die wenigstens nicht ganz missglückt war; die sich in einem unversieglichen Kraft- und Gesundheitsgefühl alles zutrauten; die stets betriebsam und leistungsfähig, immer gesellig waren. Diese Optimisten strömten mit ihrer Fröhlichkeit und ihrer sprudelnden Laune viel Wärme und Helligkeit aus. Sie waren praktisch, klug, geschickt, energisch und anregbar veranlagt. Häufig arbeiten sie oberflächlich und ungenau, weil sie die Dinge

nie so ernst nehmen konnten. Auch kritisch waren sie nicht oder taktvoll und wählerisch in ihren Mitteln (Reiß 1910).

Dem entgegengesetzt stand das *dysthyme* Temperament, diese Menschen waren fast immer ein wenig bedrückt, gehemmt, bescheiden und still; dazu nachgiebig, empathisch und weich. Sie liebten die Menschen und meinten aber, dass keiner sie mag. Sie konnten kaum aus sich herausgehen, ihr warmes Herz zeigen und fröhlich sein. Die Dysthymen waren in der Regel klug und begabt, aber da sie sich im Alltag nicht durchsetzen konnten, waren sie traurig.

Kraepelin (1909) nannte Persönlichkeiten *zyklothym*, bei denen leichte, d.h. noch nicht krankhafte depressive und manische Schwankungen in raschem Wechsel das ganze Leben durchsetzten.

### 5.3.16 *Psychopathische Persönlichkeiten*

Nach Pilcz (1912) waren „psychopathisch Minderwertige“ eine Gruppe von Individuen, die ohne geisteskrank im engeren Sinne zu sein, von Haus aus in ihrem Seelenleben ein „Leck“ aufwiesen gegenüber der Norm, die verschiedensten Anomalien in ihrer Reaktion auf äußere Reize, in dem Verarbeiten derselben in ihrem Gefühlsleben. Die Übergänge zwischen geistiger Gesundheit und Kranksein waren bei diesen Personen fließend. Es gab keine starren Grenzlinien zum Normalen. Als Ursachen spielten dabei vererbte Anlagen, aber auch erworbene Schäden und nicht zuletzt Umweltfaktoren eine Rolle. Da sich die kranken Anlagen, die ihnen zugrunde lagen, bei der Vererbung aber nicht nur mit gesunden, sondern auch untereinander immer wieder vermischten, so setzten sich diese psychopathischen Formen gegeneinander ebenso wenig scharf ab, wie gegen die Norm (Bumke 1936).

Das Wort „Psychopath“ bedeutete ursprünglich nichts anderes als geisteskrank. Man hatte sich aber daran gewöhnt, es nur für die „psychisch abnormen“ Menschen außerhalb der Irrenanstalten anzuwenden und „so hat es allmählich einen milderen Sinn bekommen.“ (Bumke 1936, S. 144). Erbanlagen, erworbene Störungen und Prägungen durch Umweltfaktoren bedingten bei diesen Menschen bestimmte Charakterzüge und bestimmte Handlungsweisen, durch welche sich Psychopathen mehr oder weniger auffällig von anderen Menschen und den gesellschaftlichen Normen abhoben. Nach Pilcz (1912) sollten Psychopathen häufig durch körperliche Degene-

rationszeichen auffallen, wie Tics der Willkürmuskulatur, aber auch Neigungen zu Konvulsionen und einen früh auffallenden Geschlechtstrieb im Kindesalter, Konzentrationsstörungen oder gesteigerte Ablenkbarkeit. „Die intellektuelle Entwicklung kann sich dabei ganz ungestört vollziehen, nicht selten besteht zwar ein gewisses Maß von Imbezilität, manchmal sogar eine auffallend gute Begabung, speziell einseitige Entwicklung gewisser künstlerischer Anlagen, eine gewisse Frühreife, Vorliebe für der Altersstufe nicht angepasste Lektüre, für extrem „dekadente“ Produkte in Dichtkunst, Malerei und Musik.“ (Pilcz 1912, S. 243). Die Degenerationstheorie, entstanden in der französischen Psychiatrie des 19. Jahrhunderts, wirkte auch in der Psychiatrie lange weiter (Kästner 1991).

Bumke (1936) unterschied die Schizoiden, die Thymopathen, die Anankasten, paranoide Persönlichkeiten, Geltungsbedürftige, Insuffiziente, erregbare Psychopathen und reizbare Psychopathen. Ernst Kretschmer (1888-1964) ordnete bestimmte „seelische Anlagen“ einem speziellen Körpertyp zu. Nach Alexander Karl Otto Westphal (1863-1941) verteilten sich die „psychischen Erbkrankheiten“ auf die einzelnen Konstitutionen (Westphal 1936).

Für Bumke (1936) war es klar, dass sich die medikamentöse Therapie bei diesen Krankheiten nach vorhandenen Symptomen und dem Schweregrad richten müsse und individuell abzustimmen sei. Es gäbe daher keine vorgegebenen Therapieschemata, sondern jeder Fall sei individuell zu sehen. Eine große Rolle bei der Behandlung dieser Krankheiten spielte auch Sigmund Freuds (1856-1939) Psychoanalyse.

### 5.3.17 *Abnorme Reaktionen*

Abnorme seelische Reaktionen wurden zur Zeit der Weimarer Republik solche Reaktionen genannt, deren Inhalt in verständlichem Zusammenhang mit dem Erlebnis stand, die nicht aufgetreten wären, ohne das Erlebnis und die in ihrem Verlauf von dem Erlebnis abhängig waren, wenn sie nach ihrer Intensität, ihrer Dauer oder qualitativ von der Norm abwichen (Jaspers 1930). So wie es im Bereich der Psychopathen keine scharfe Grenzen gegenüber den durchschnittlichen Persönlichkeitsvarianten gab, so verhielt es sich auch bei den abnormen Reaktionen.

#### *a.) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn)*

Unter *Paranoia* verstand Kraepelin (1909) die aus inneren Ursachen erfolgende, schleichende Entwicklung eines dauernden unerschütterlichen Wahnsystems, das

mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einherging. Dabei vollzog sich eine tiefgreifende Umwandlung der gesamten Lebensanschauungen, eine Verrückung des Standpunktes gegenüber der Umwelt. Die Wahnbildung war eine rein kombinatorische, sie war geistig verarbeitet und in sich geschlossen. Bei den paranoischen Reaktionen fehlte ein Ausgangserlebnis.

Das Erlebnis, das zu querulatorischen Reaktionen führte, war die tatsächliche oder vermeintliche Kränkung des Rechtsbewusstseins. Zur Erkrankung neigten nach damaliger Sicht selbstbewusste, starre, querköpfige, humorlose, reizbare und empfindliche Leute, die den Stachel eigener Unzulänglichkeiten in sich spürten. Beim *wahnhaften Querulanten* entwickelte sich sehr rasch die Überzeugung, im Recht zu sein, welche die eigentliche Quelle der wahnhaften Reaktion oder Entwicklung wurde. Gegenüber dem Recht anderer oder der Notwendigkeit der Gemeinschaftsforderungen bestand eine völlige Blindheit. Indem der Querulant in einem, für ihn wichtigen, Punkt Recht bekam, gelang meist die Entmündigung und eine vorübergehende Anstaltsinternierung, die eine Beruhigung brachte und als Folge das Aufhören des Querulierens (Wilmanns 1910).

*b.) depressive Reaktionen, welche nicht unter 15 a fallen*

Depressive Psychopathen bezeichnete man damals diejenigen, die auf bekümmernde Erlebnisse entsprechend ihrer Eigenart mit Verstimmungen zu antworten pflegten, die nach Tiefe und Dauer über das gewöhnliche Maß hinausgingen. Dabei kam es zu lang hingezogenen Depressionszuständen, die an einmalige schwere Schicksalsschläge anschlossen oder in Zusammenhang mit chronischen Konfliktlagen auftraten. Besonders Enttäuschungen in der Ehe, im Rahmen der Familie und im Beruf waren es, die zu solchen Zuständen führten. Die Persönlichkeiten, die in dieser Weise erkrankten, hatten nach damaliger Sicht vielfach geltungsbedürftige und egoistische Wesenszüge. Diese Menschen trauerten nicht wirklich, sondern waren eher ablehnend, missmutig, reizbar und empfindlich. Die Verstimmung hatte demonstrativen oder aggressiven Charakter. Viele von diesen Depressiven klagten, konnten aber außerhalb des gewohnten Kreises ganz heiter sein (Schneider 1927).

*c.) Haftreaktionen*

Zur damaligen Zeit konnte es auch im Gefängnis bei geeigneter Veranlagung als Reaktion auf die besonderen Bedingungen der Haft zu einem Verfolgungswahn kom-

men, der feindselige Einstellungen des Beamtenpersonals zum Inhalt hatte. Die Einzelhaft, die hoffnungslose Lage, die Veränderung der gesamten Lebensbedingungen, die Stille und Dunkelheit, Angst und Reue, Bitterkeit und Heimweh sowie der Zwang wirkten zusammen, eine gespannte und gequälte, misstrauische Gemütslage herbeizuführen. Aus den zunächst verständlichen Missdeutungen konnten Wahnbildungen erwachsen. Oft waren dabei noch einzelne Gehörstäuschungen wirksam. Bei Änderung der Lage klangen diese wahnhaften Reaktionen, die mit einer erheblichen Suizidrate einhergingen, allmählich ab (Bumke 1936).

#### *d.) Rentenneurose*

Unter dieser Bezeichnung wurden seiner Zeit abnorme seelische Reaktionen zusammengefasst, die sich an entschädigungspflichtige Unfälle und Kriegsschäden anschlossen. In der Regel waren es nach damaliger medizinischer Ansicht willensschwache, weiche Persönlichkeiten mit unzureichender Widerstandsfähigkeit, die schwere oder harmlose Unfälle zum Ausgangspunkt von Beschwerden und Funktionsbehinderungen machten, die ihnen einen Krankheitsgewinn verschafften. Im Mittelpunkt der Krankheitstendenzen soll die wirtschaftliche Absicherung durch die Rente gestanden haben. Nach dem Ersten Weltkrieg spielte vor allem die allgemeine Not und die Schwierigkeit Arbeit zu finden, eine große Rolle. In der Zeit zuvor nahm man an, dass es häufig die eigene Unzulänglichkeit war, welche in der Rente eine wirtschaftliche Absicherung erstreben ließ. Für die Beurteilung dieser Neurosen war von entscheidender Bedeutung die grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamtes von 1926 geworden, nach der die Möglichkeit gegeben war, die Rente auch wieder zu entziehen. Wichtiger war es damals, der Entstehung von Unfallneurosen vorzubeugen, die Verunfallten ermutigend zu behandeln und sie auf die rasche Wiederkehr der Arbeitsfähigkeit einzustellen (Bumke 1936).

Im Zusammenhang mit nervösen Unfallkrankheiten standen zur Zeit der Weimarer Republik auch die *Kriegsneurosen*. Bumke (1936) war wie viele seiner Kollegen damals der Meinung, dass im Ersten Weltkrieg die Neigung zum Auftreten psychogener Erscheinungen durch die immer schlechter werdende Ernährung, Störung des Schlafes, die Folgen überstandener Infektionen und die allgemeine Anstrengung gesteigert wurde. Dazu seien seelische Schäden getreten. Nicht bloß die dauernde Spannung und die Angst, sondern auch der Widerwille gegen das Feldleben und gegen die militärische Disziplin, der Neid gegen Kameraden in bevorzugter Stellung,

die Sorge um die Zukunft, die Familie und das Geschäft sowie das Heimweh sollen die Widerstandskraft immer weiter zermürbt haben. Man kam damals zu der Überzeugung, dass die Simulation eine immer größere Rolle in der Entstehung dieser Krankheit gespielt habe. Vom Ersten Weltkrieg her glaubte man zu wissen, dass das Zittern, die Lähmung, der Krampfanfall geübt und dass in diesen Symptomen unterrichtet worden sei. Näheres dazu wird in Kapitel 6 „Kriegsneurosen“ ausgeführt.

#### *e.) andere psychogene Reaktionen*

Weitere psychogene Reaktionen waren die Angst-, Schreckreaktionen und hysterische Reaktionen sowie die geschlechtliche Verirrungen.

Man war der Ansicht, *Angst* entstehe häufig auf rein körperlichem Wege. Am hervorstechendsten waren die stenokardischen Anfälle mit ihrer Todesangst. Auch außerhalb des körperlichen Geschehens trat Angst dann ein, wenn die Person bedroht war, meist in langandauernden neurotischen Reaktionen, die der Abwehr triebhafter Regungen dienten.

*Schreck* war die Antwort auf plötzlich eintretende gefahdrohende Ereignisse und eine körperliche Reaktion des gesamten vegetativen Systems. Bei Katastrophen (z.B. Erdbeben) kam es zu körperlichen Schreckreaktionen mit anschließenden Bewusstseinsveränderungen, die hysterisch geprägt waren.

#### *f.) induziertes Irresein*

Man ging davon aus, dass manche Geisteskranke einen so nachhaltigen Einfluss auf ihre nahe Umgebung ausübten, dass Ehefrauen, Kinder, Geschwister, aber auch andere, meist einfache, debile oder hysterische Menschen von dem Kranken „induziert“ wurden. Dabei übernahm die Umgebung die überwertigen Ideen oder die Wahninhalte, unter Umständen wurden auch die Sinnestäuschungen miterlebt. Paranoische Propheten konnten eine ganze Gemeinde urteilsschwacher Menschen um sich sammeln, Familienväter oder Mütter alle ihre Angehörigen so beeinflussen, dass sie in gleicher Weise krank erschienen. In solchen Fällen konnte unter Umständen zunächst nicht entschieden werden, welches Familienmitglied das induzierende war, welche anderen induziert waren. Erst die Trennung brachte Klarheit, da die induzierte Seelenstörung durch ärztliche Einflussnahme in der Regel eine rasche Heilung erfuhr (Kretschmer 1922).

5.3.18 *Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)*

In dieser Gruppe trennte man schwere Milieuschäden (wie z.B. Verwahrlosung) von den eigentlichen psychopathischen Entwicklungen (siehe 5.3.16).

5.3.19 *Ungeklärte Fälle*

5.3.20 *Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen*

5.3.20 *Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen*

Diese letzten drei Gruppen dienten lediglich statistisch-rechnerischen Zwecken

## 6 Kriegsneurose zur Zeit des Zweiten Weltkrieges

Der Begriff Kriegsneurose lässt sich für die Zeit des Zweiten Weltkrieges nicht klar definieren. Dies liegt an den unterschiedlichen ideologischen, militär- und medizinwissenschaftlichen Interpretationen psychischer Dekompensation durch Kriegseinflüsse.

Der Terminus Kriegsneurose findet heutzutage nur noch selten Anwendung im medizinischen Sprachgebrauch. Nach ICD-10 (F 43.0) wird sie akute Belastungsreaktion genannt. Diese Reaktion auf außergewöhnliche physische oder psychische Belastungen können bei jedem psychisch nicht manifest gestörten Menschen eine vorübergehende Störung hervorrufen. Diese zeigt sich in Bewusstseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit und Reizverarbeitung, Desorientierung, Sichzurückziehen oder Unruhezustand mit Überaktivität. Auch treten meist vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachycardie und Schwitzen auf. Weitere Symptome für akute Belastungsreaktion: Krisenreaktion, Krisenzustand, psychischer Schock. Hiervon muss die posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1 nach ICD 10) abgegrenzt werden, auch wenn einer akuten Belastungsreaktion eine posttraumatische Belastungsstörung folgen kann. Hierunter wird eine nach Wochen oder Monaten verzögerte Reaktion auf Situationen mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß verstanden. Hierbei drängt sich das Trauma wiederholt in Erinnerungen, Träumen und Alpträumen auf und es folgt eine emotionale Stumpfheit mit Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit der Umwelt gegenüber. Hinzu kommen Freudlosigkeit, vegetative Übererregung mit Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen sowie Angst und Depression, die zu Suizidgedanken führen können. Synonym für diese posttraumatische Belastungsstörung: Traumatische Neurose (DIMDI 1995).

### 6.1 Definition und Terminologie

Im damaligen medizinischen Wissensstand wurde unter einer Kriegsneurose eine traumatische Neurose verstanden, die durch Kriegseinwirkungen entstanden ist. Eine traumatische Neurose wiederum war eine nach Schreck, Unfall, Kriegseinwirkungen, Operationen und ähnliches auftretende Erscheinung mit Niedergeschlagenheit, Wehleidigkeit, Willensschwäche, Missempfindungen, Schmerzen und Bewegungsstörungen (Pschyrembel 1944).

Dieser Definition der Kriegsneurose folgten in Fachkreisen weitere Benennungen:

Hysterie, Psychopathie, psychische Überlagerung, Somatisierung, psychogene Reaktionen, Fixierung, Simulation, psychogenen Körperstörung, vegetative Funktionsstörungen, Schlechtwillige, Störer, Versager, schwierige Persönlichkeit oder Psychastheniker sind einige Synonyme, die für die psychische Dekompensation unter Kriegsbedingungen verwandt wurden. Diese Begriffsvielfalt stiftete Verwirrung und führte zu einer schwierigen Eingrenzung der Diagnose Kriegsneurose für militärische Belange. Deshalb forderten namhafte Wissenschaftler, den Neurose-begriff zu streichen, da er zu vieldeutig sei.

Schließlich einigte man sich 1944 nach vielen Diskussionen auf der 4. Tagung der Beratenden Fachärzte darauf, das Phänomen der Kriegsneurose in zwei Bereiche aufzugliedern, je nachdem ob eine Somatisierung vorliege oder nicht. Demnach wurde die Kriegsneurose entweder als eine abnorme Erlebnisreaktion oder als psychogene Funktionsstörung definiert:

- Abnorme Erlebnisreaktion: Dies sind abnorme seelische Reaktionen, die sich nur im Psychischen abspielen und keine körperlichen Funktionsstörungen aufzeigen. Hierunter fallen traurige Verstimmung, Angst- und Schreckreaktionen.
- Psychogene Funktionsstörung: Hierbei handelt es sich um abnorme seelische Reaktionen mit körperlichen Erscheinungen, wie Zittern, Lähmung, Kontrakturen oder Blasen-, Magen-, Darmstörungen.

Auf selbiger Tagung im Mai 1944 wurde als weitere Richtlinie empfohlen, Ausdrücke wie „Kriegsneurotiker“, „Kriegszitterer“ oder „Kriegshysteriker“ zu vermeiden (Richtlinien über die Neurose 1944).

## 6.2 Ursachen und Symptome der Kriegsneurose

Als *Ursache* wurden in der Zeit des Nationalsozialismus nicht die Kriegereignisse für psychosomatische Symptome verantwortlich gemacht, sondern eine minderwertige Persönlichkeit mit einem mangelhaft ausgebildeten Charakter. Denn schließlich würde ja ein „seelisch gesunder“ Soldat unter gleichen Belastungen keine Symptome zeigen.

Deutlich sichtbar wird die Wende bezüglich der Ätiologie der Kriegsneurose. Der eigentliche Zusammenhang mit Kriegserlebnissen, wie etwa im Ersten Weltkrieg anerkannt war, wird auf charakterliche und persönliche Schwächen verschoben. Als Ursache für diese Erscheinungen wird nicht mehr der Krieg, sondern die Person selbst verantwortlich gemacht (Reichardt 1940).

Die Kriegsneurosen zeigen sich im Zweiten Weltkrieg mit unterschiedlichen *Symptomen*.

Prinzipiell können die kriegsneurotischen Symptome in hysterische Erscheinungen, wie zum Beispiel Zittern, Stottern oder Lähmung und in funktionelle Erkrankungen, die auch Organneurosen genannt wurden, wie beispielsweise Herz-, Blasen- und Magen-Darm-Beschwerden, eingeteilt werden. Die Symptome äußerten sich als Beinlähmung, hysterische Blindheit, Taubheit, Krampfanfälle, Haltungsstörung des Kopfes bzw. Rumpfes, Bewegungsstörung des Armes, Gehstörung, Hörstörung, Sprachstörung (Stottern), psychogenes Erbrechen, psychogene Magenbeschwerden, psychogenes Bettnässen, Schütteln, Schonhaltungen, Kontrakturen, Blasenstörungen und Magen- Darmstörungen (Valentin 1981).

### 6.3 Therapie der Kriegsneurose

Die Therapie der Kriegsneurose wurde aus der zivilen Psychiatrie übernommen. Einzig typisch militärisch war die Tauglichkeitseinstufung der Soldaten und die daraus resultierende Einteilung nach der Verwendungsfähigkeit. Die Therapien wurden unter einem enormen Zeit- und Leistungsdruck durchgeführt, da der Bedarf an kampffähigen Soldaten immer stärker wurde. So konnte der Soldat nicht mehr für längere Zeit zu seiner Genesung abgezogen werden und die wenige Zeit, die ihm noch zugestanden wurde, musste mit einer erfolgreichen Wiederherstellung enden. Dieser entstandene Zeit- und Erfolgsdruck, der auf Psychiatern und Kriegsneurotikern gleichsam lastete, ließ die vorhandenen Therapien immer brutaler werden. Hierbei überdeckten kleine, kurzfristige Therapieerfolge die groben und hohen Nebenwirkungen.

Die pharmakologischen (Cardiazol, Azoman, Insulin) und mechanischen (Strom) Methoden resultierten aus dem überwiegend organischen Verständnis von seelischen Erkrankungen zur Zeit des Dritten Reiches.

Die Kreislaufmedikamente *Cardiazol* und *Azoman* wurden mit erregender und krampflösender Wirkung als potentes Schockmittel entdeckt. Hierbei wurden hohe Dosen verabreicht, damit der Geisteskranke einen künstlich erzeugten, der Epilepsie ähnlichen, Heilkrampf erhielt. Diese Schocks, deren Indikation vorzugsweise Psychosen und insbesondere Schizophrenie war, wurden im Militär auch für neurotisch-funktionelle Beschwerden eingesetzt (Braunmühl 1947). Auch der *Insulinschock* wur-

de in der Wehrmacht nur in wenigen Bereichen für Kriegsneurotiker angewendet, mit dem das gefürchtete hypoglykämische Koma provoziert wurde.

Aufgrund der hohen Nebenwirkungen konnten sich die drei Methoden nicht durchsetzen und wurden im Laufe des Krieges verdrängt (Komo 1992).

Das *Elektrosuggestivverfahren* war die häufigste Behandlungsmethode der Kriegsneurose im Heer. Dabei wurde eine elektrische Stromanwendung mit verbaler Suggestion kombiniert. Sie kam – je nach Durchführbarkeit – für fast alle funktionellen Symptome zur Anwendung. Das Heilungsprinzip dieser Faradisation mit suggestiver Unterstützung bestand in der physiologischen Tatsache, dass ein Muskel bei Stromapplikation mit einer Zuckung reagiert. So wurde einem Soldaten, der ein gelähmtes Bein bei Vorliegen einer reaktiven Störung hatte, seine organische Funktionsfähigkeit durch eine von Strom erzeugte Beinzuckung demonstriert. Damit war „bewiesen“, dass sein Bein schon „könne“, nur er – meist unbewusst – nicht „wolle“, was ihm hiermit bewusst gemacht wurde (Gabriel 1944). Mit diesen physiologischen Übertümpelungsmethoden wurden seelische Ausdrucksformen ad absurdum geführt und Soldaten mit ihren ungelösten Konflikten wieder an die Front geschickt.

Der *Elektroschock* unterschied sich vom Elektrosuggestivverfahren dadurch, dass die verbale Suggestion mit anschließender Übungsbehandlung wegfiel und die Stromanwendung so stark war, dass es zu einem generalisierten Krampfanfall kam. Diese starken körperlichen Reaktionen verursachten zum Teil erhebliche Nebenwirkungen, besonders Frakturen. Der Elektroschock hatte gegenüber den Schockverfahren zwei Vorteile: Erstens konnte er sofort wiederholt werden, wenn der vorausgegangene Stromschlag nicht ausreichte und zweitens erlitt der Patient bei einem vollständigen Anfall eine Amnesie, sodass er sich an schmerzhaftere Ereignisse nicht erinnern konnte (Sauer 1987).

Bedeuteten die verschiedenen Schockbehandlungen immerhin eine gewisse Gefahr für den Patienten, so muss die *Hirnchirurgie*, die von dem portugiesischen Neuropsychiater Egas Moniz (1874-1958) entwickelt worden ist, als das non plus ultra der gewagten Methoden, einen unerträglichen Zustand zu erleichtern, betrachtet werden. Es gab zwei Arten von Psychochirurgie. Zum einen die Lobotomie, das heißt die Durchtrennung der Leitungsbahn zwischen dem Stirnlappen und dem Thalamus, der das emotionale System beherrscht. Zum anderen die Lobektomie, das heißt das

Herausschneiden von Teilen des Stirnlappens, nicht nur das Durchschneiden von Nervenbahnen wie bei der Lobotomie. Den hauptsächlichen Gewinn sah man in der Befreiung von Angst sowie eine Gelassenheit des Patienten. Doch es wurden einige der für wichtig gehaltenen Funktionen zerstört, was oft zum Aussetzen von körperlichen und geistigen Kontrollfunktionen führte.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die geschaffenen Behandlungsstationen nach hierarchischen Strukturen aufgebaut wurden. Auf unterster Ebene standen unspezifische Hilfsangebote, die bei Unwirksamkeit zur nächsten Stufe mit intensiveren Bemühungen führten. Standen anfangs Ruhe und Erholung sowie kameradschaftlicher Zuspruch und das Zurücknehmen aus den Kampfhandlungen im Vordergrund, so kamen später medikamentöse Therapien (Beruhigungsmittel) hinzu. Im weiteren Verlauf wurden schließlich das Elektrosuggestivverfahren, aber auch Kreislaufschocks und Elektroschocks angewandt. Erst als alle damals zur Verfügung stehenden Mittel erschöpft waren, wurden die Bemühungen wegen Aussichtslosigkeit eingestellt und der Soldat wurde wegen Dienstunfähigkeit aus der Wehrmacht entlassen. Mit dieser Dienstunfähigkeitsbescheinigung verloren diese Männer ihren Soldatenstatus und damit auch die militärische Fürsorge und sie wurden den zivilen Konzentrationslagern und Heil- und Pflegeanstalten übergeben. Hier trafen sie auf Unterversorgung und fehlende Therapiemöglichkeiten. In beiden Einrichtungen konnten sie von der T4-Aktion\* erfasst werden, sodass einige Kriegsneurotiker in Vernichtungsanstalten getötet wurden.

\* Hitler unterschrieb die „Euthanasie-Ermächtigung“, die am 1. September 1939 in Kraft trat: „Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischster Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ Im Oktober 1939 gingen Meldebögen an die Anstalten, mit denen alle Kranken erfasst werden sollten. Die zentrale Adresse für diese Tötungswelle war in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, die sog. „Aktion T4“.

## 7 Chronik der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster 1932-1948

- 1922 - 1936** Dr. Joseph Klüber ist Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.
- 1923** Umbau von kasernenähnlichen Bauten zu geräumigen Krankenabteilungen.
- 1926** Außenfürsorge – aktive Beschäftigungstherapie als therapeutisches Instrument, von 1927-1932 waren 91% der Patienten beschäftigt.
- 1927** Bildung einer starken Zelle der NSDAP (bis 1933 nur Angestellte der Verwaltung, Pflege, Handwerker) in der Anstalt.
- 1933** Auch Ärzte (Dr. Edenhofer, Dr. Schmidt, Dr. Helmuth D., Dr. Friedrich Ludwig L.) und Verwaltungsleiter (Hans G.) treten in die NSDAP ein.
- Juli 1933** Denunziationen und Schikanen durch Nazis von Dr. Klüber.
- 18.09.1933** Einführung des „deutschen Grußes“ und Fahnenhissung durch Stellvertreter Dr. Edenhofer.
- 26.03.1934** 1. Erbgesundheitssitzung.
- 17.06.1934** Temporäre Suspendierung von Dr. Klüber (06.08.1934 Wiedereinsetzung).
- März 1934-1943** Veranlassung von Zwangssterilisationen durch Anstaltsärzte (mind. 286 Männer).
- 02.05.1935** Demonstrationsstätte für Erb- und Geisteskrankheiten (erb-biologische Anschauungskurse) – Einbindung in das rassistische Schulungskonzept.
- 08.07.1935** Überfall auf Dr. Klüber durch SA (Sturmabteilung), DAF (Deutsche Arbeitsfront) und HJ (Hitlerjugend).
- 01.01.1936** Gewaltsam erzwungenes Ausscheiden Dr. Klübers aus dem Dienst, Dr. Klüber stirbt am 15.08.1936 an Kehlkopfkrebs.

- 25.04.1936** Dr. Gottfried Edenhofer wird neuer Direktor - linientreuer Erfüllungsgelhilfe bis 1945.
- ab 1936** Dr. Edenhofer lässt Parteiveranstaltungen in den Anstaltsräumen abhalten, Ärzte, Pfleger und Verwaltungsangestellte zu Kundgebungen, Aufmärschen, Reichsparteitagen und Lehrgängen der Partei abkommandieren. Beschäftigungstherapie wird zur Arbeitstherapie, die Arbeitskraft der Patienten wird zu Kriegszwecken ausgebeutet.
- 26.05.1937** Revidierung der Patientenbibliothek, 200 Bände u.a. von Balzac, Dumas, Dostojewski, Heine, Wallace, Erfel und Zola wurden beschlagnahmt.
- 01.06.1938** Verwaltungschef G. streicht dem Geistlichen Rat und Pfarrer von Klingenmünster Carl Maria Goettgens die Vergütung. Er verbietet Anstaltsbediensteten den Besuch der Messe.
- 18.11.1938** Vorschlag von Dr. Edenhofer an die Kreisregierung, dass alle jüdischen Patienten aus den bayerischen Anstalten in einer eigenen Einrichtung zusammengelegt werden sollten.
- 02.12.1938** Selbstzahlende Juden sollten eine „Judenvermögensabgabe“ entrichten.
- 08.12.1938** Alle Juden mussten nach dem Reichsbürgergesetz gemeldet werden.
- 10.03.1939** Anstaltsleitung stellt fest, dass geistliche Visiten nicht mehr notwendig seien, Gottesdienste an Sonn- und Feiertagen seien ausreichend.  
Die Landesfürsorge fordert von Dr. Edenhofer die Überlassung eines namentlichen Verzeichnisses der Juden (18 Männer und 9 Frauen).
- 10.09.1939** Evakuierung der Anstalt infolge des Kriegsausbruches (01.09.1939) und der Frontnähe, da diese vom Militär belegt war. 1251 Patienten wurden unter Leitung der Ärzte auf 13 bayerische Anstalten verteilt.

- März 1940** Die ersten arbeitsfähigen Kranken wurden nach Klingenmünster zurückverlegt.
- Mai 1940** Patienten wurden anhand eines Meldebogens erfasst, um lebensunwerte Patienten zu erfassen und sie dann in sog. Reichsanstalten zu ermorden – T4-Organisation (Juli-Okt.: 223 Kranke aus Klingenmünster).
- 11.10.1940** Rücktransport von 799 Kranken nach Klingenmünster – „judenfrei“.
- 22.10.1940** Alle Juden in der Pfalz wurden ausgewiesen und ins unbesetzte Frankreich abgeschoben.
- ab Oktober 1940** Klingenmünster wird wahrscheinlich jetzt erst als eigenständige Anstalt in die Euthanasie-Aktion der T4-Zentrale miteinbezogen.
- 02. & 07.11.1940** Einreichung von Kriegssachschädenanträgen (316.253,84 RM) beim Reichsstatthalter. Ob den Anträgen entsprochen wurde, ist unklar.
- März 1941** 130 Betten sind durch Verlegung in die Reichsanstalten (Ermordung) frei. 300 weitere sollten auf dieselbe Art frei werden. Die Tötungsentscheidung bzw. Transportliste traf ein T4-Gutachter anhand des eingereichten Meldebogens durch Klingenmünster.
- 03. - 08.1941** Keine Patiententransporte in Reichsanstalten, evtl. dem Einfluss von Gauleiter Bürckel zu verdanken, der vom Landesbischof der evangelischen Kirche der Pfalz Ludwig Diehl „aufgeklärt“ wurde.
- Ab August 1941** Klingenmünster Ärzte betreiben höchstwahrscheinlich „wilde Euthanasie“, d.h. Krankentötung in ihrer Anstalt durch therapeutisch nicht indizierte Dauerdosierung von Schlafmitteln (Luminal-Schema), Injektionen von Morphinum-Scopolamin oder durch Verhungernlassen. Krankenakten wurden sehr wahrscheinlich manipuliert, um die Ermordung als natürlichen

Tod aussehen zu lassen.

**Ab Ende 1942**

Hunger in der Anstalt.

**30.11.1942**

Bayerisches Innenministerium (Dr. Walter Schultze) ordnet an, dass Patienten, die nutzbringende Arbeit leisteten, besser gepflegt werden sollen („bayerischer Hungererlass“), was rechtswidrig war gemäß eines Erlasses des Reichernährungsministeriums. Angehörige berichten von „abgemagerten Patienten“ und „vollgefressenen Wärtern“. Der Hungererlass wurde bis Mai 1944 offiziell befolgt. 1947/48 wurden auf Anordnung der Anstaltsleitung alle Wirtschafts- und Haushaltsakten vernichtet.

**1943**

Beichtgelegenheit und Kommunion auf den Stationen wurden durch Dr. Edenhofer und Verwaltungschef G. für unzulässig erklärt.

**April 1943**

Einbeziehung der Anstalt in die „Aktion Brandt“ (Dr. Brandt, Begleitarzt von Hitler): Krankentötung als Räumungsaktion („Verschubung“), um Betten als Ausweichkrankenhaus für Großstädte abtreten zu können .

**01.09.43**

Die Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal wird durch einen Bombenangriff vernichtet. Personal und Kranke der Anstalt werden nach Klingenmünster gebracht. Die Zahl der Patienten steigt auf fast 1600 an. Dadurch ergeben sich in der Klinik kaum zu überwindende Schwierigkeiten, die an das Personal größte Anforderungen stellen.

**1943-März 1945**

Überbelegung durch Übernahme von Patienten aus ausgebombten Anstalten. Schlechte Pflegesituation, da Pfleger eingezogen wurden → hohe Patientensterblichkeit.

**Mai 1944**

Dr. Edenhofer erleidet einen Schlaganfall, sein Stellvertreter Dr. L. war durch einen Unfall arbeitsunfähig, Dr. Heinrich Schmidt vertritt ihn. Dr. Edenhofer wurde am 01.04.1946 in den Ruhestand versetzt.

- 01.09.1944** Verschiebung von ausländischen Zwangsarbeitern (v.a. Polen und Russen) in die Mordstätte Hadamar, wegen der großen Überbelegung.
- 22.03.1945** Dorf und Anstalt Klingenmünster befinden sich in der Hand der 7. US-Armee (General Patch).
- 23.03.1945** Ende des Zweiten Weltkrieges.
- 1945-1951** Dr. Heinrich Schmidt (Mitglied der NSDAP) wird neuer Direktor der Anstalt in Ermangelung eines Besseren. Auf seine Anordnung hin wurden 1947/48 sämtliche Wirtschafts- und Haushaltsakten der Jahre 1933-45 vernichtet und andere Akten „gesäubert“. Drei Ärzte und andere Bedienstete, die in der Partei und z.T. auch in der SA waren, wurden aufgrund der Hungerszeit übernommen → „Solidarität der Schuldigen“, die sich gegenseitig entnazifizierten.
- 1945-1947** Französische Besatzung - schlechteste Versorgungslage. Die Not der ersten Nachkriegsjahre stellt die Anstalt vor fast unlösbare Probleme. Es fehlt an Nahrungsmitteln, Medikamenten und Heizmaterial. Die Sterblichkeitsziffer steigt dadurch rapide an (1945: 802 Todesfälle = 36% der Patienten). Der Patientenstand sinkt 1946 auf 851 ab.
- 1950** Schmidts Nachfolger wird Prof. Dr. Dr. G. Mall, der 1957 eine Festschrift herausgibt, die keinen Beitrag der NS-Zeit widmet. Vielmehr hätte es keinen Fall von Euthanasie gegeben und der Verhungerungserlass sei in geschickter Weise umgangen worden.

## 7.1 Therapiemöglichkeiten am Ende des 19. Jahrhunderts in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster

Zur Klärung der Frage, wie die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aussah, wurden von E. Leibrock (1998, S. 181ff) 200 ärztliche Berichte aus der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ausgewertet. „Dabei ergab sich folgendes Bild: Im gesamten Zeitraum spielten Opiate, insbesondere Morphin, eine entscheidende Rolle. Während sich zu Beginn der sechziger Jahre noch vereinzelt die Darreichung von Opiumpulver nachweisen ließ, begegnete späterhin fast ausschließlich Morphin in den Akten, das – als Acetat oder Hydrochlorid – entweder oral oder parenteral appliziert wurde. Nach 1880 verordneten die Ärzte aus Gründen der Dosierungsgenauigkeit nur noch Injektionen. Entsprechend den Empfehlungen der zeitgenössischen Fachliteratur kam in der vierten Dekade auch Opiumtinktur (*Tinctura Opii simplex*) vermehrt zum Einsatz. Gegen Ende des Jahrhunderts verloren die Opiate allmählich an Bedeutung; sie wurden durch neuere Arzneimittel aus der Therapie verdrängt.

Chloralhydrat wurde den Akten zufolge vor allem in den siebziger Jahren – also kurz nach seiner Einführung als Hypnotikum – teils allein, teils zusammen oder im Wechsel mit Morphininjektionen – therapeutisch eingesetzt. Hinsichtlich seiner Heilwirkung erwies sich das Chloralhydrat dem Morphin gegenüber jedoch nicht als überlegen. Nach 1880 zeigen die Verordnungen von Chloralhydrat in den Krankenberichten eine rückläufige Tendenz.

Bei einzelnen Patienten ließ sich die Darreichung von Kaliumbromid nachweisen. Nach Anschauung der zeitgenössischen Psychiatrie vor allem bei Epileptikern das Mittel der Wahl, mag die seltene Verordnung von Kaliumbromid in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster damit zusammenhängen, dass mit dieser Krankheit behaftete Personen satzungsgemäß an die Anstalt Frankenthal zu überweisen waren.

Nach 1880 taucht das Alkaloid Hyoscin in den Akten auf. Neu entwickelte synthetische Hypnotika wie Urethan, Amylenhydrat, Sulfonal und Trional wurden gelegentlich an tobsüchtige Patienten verabreicht, bei denen alle übrigen Mittel und Methoden versagt hatten. Wegen unterschiedlicher Nebenwirkungen konnte sich jedoch keines der genannten Arzneimittel behaupten.“

Im Vordergrund der Therapie in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster standen zu dieser Zeit nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Bäder, Ruhe und Erholung, Diät sowie Beschäftigung der Kranken mit Haus- und Gartenarbeit, Lektüre, musischen und handwerklichen Tätigkeiten. Der Erfolg der in Klingenmünster praktizierten Heilmethode lässt sich daraus ableiten, dass knapp die Hälfte der Patienten nach einiger Zeit als „geheilt“ oder „gebessert“ entlassen werden konnten. Während Arzneimittel an anderen deutschen Irrenanstalten zum Teil in großem Maßstab eingesetzt wurden, stand der zurückhaltende Gebrauch von Medikamenten in Klingenmünster in Zusammenhang mit der Persönlichkeit des ersten Direktors Hermann Dick, der die Heil- und Pflegeanstalt von ihrer Gründung bis 1879 – also 22 Jahre lang - leitete. Dick hatte vor seinem Amtsantritt bei seinen Reisen nach England und Frankreich das auf eine menschliche Behandlung der Geisteskranken abzielende „Non-restraint“-System beziehungsweise „traitement moral“ kennen gelernt. Die Auffassung, wonach diese Methode in Deutschland erstmals 1861 von dem Göttinger Mediziner Ludwig Meyer eingeführt wurde, muss revidiert werden, insofern als dass Hermann Dick das „Non-restraint“-System bereits seit 1857 in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster praktizierte. Ein Ausschnitt aus der Satzung mag dies verdeutlichen (Leibrock, 1998):

„Die möglichst sorgfältige menschenfreundliche Behandlung der Kranken bildet die erste Pflicht aller Beamten und Offizianten der Anstalt. Die Anwendung von Beschränkungen und Zwang soll streng nach dem klar erkannten unumgänglichen Bedürfnisse zum Zwecke bemessen und mit der möglichsten Schonung und Heilhaltung der Würde der Menschennatur stattfinden. Jede körperliche oder geistige Miss-handlung ist auf das Strengste untersagt“ (LAS H3/ 8024/ I, § 37).

So hielt Dick eine ausreichende und kräftige Nahrung für eine erfolgreiche Therapie unerlässlich. Unter kräftiger Nahrung verstand er Fleisch, Milch, Bier und Wein. Häufig wurde die kräftige Nahrung mit eisenhaltigen Stärkungsmittel kombiniert. Neben kräftiger Kost maß Dick auch der Ruhe wesentliche Bedeutung bei. Er empfahl Bett-ruhe vielfach als Mittel gegen manisch-depressives Irresein.

Laut Hausordnung sollten die Heiminsaßen zum Zweck der Reinigung und Körperpflege mindestens einmal in der Woche ein Bad nehmen. Darüber hinaus erhielt die Mehrzahl der Patienten zusätzliche warme Bäder als Therapie verordnet. Bei Exaltationszuständen legte man dem Patienten während oder außerhalb des lauen Bades zusätzlich eine Eisblase auf den Kopf, kalte Kompressen und kalte Abwaschungen.

Die Verordnung therapeutischer Bäder ging ab 1880 zurück, Dicks Nachfolger Ferdinand Karrer setzte sich weniger für die Anwendung physikalischer Therapiemaßnahmen ein. Soweit es bekannt ist, waren Zwangsmaßnahmen in Klingenmünster nur selten in Gebrauch. Gegen Ende des Jahrhunderts, als Ferdinand Karrer die Anstalt leitete, gab es häufiger Zwangsmaßnahmen, dabei gelangten Gurte, Zwangsjacken und Schaukelvorrichtungen zum Einsatz.

Die Satzungen des Gründungsjahres 1857 bestimmten bereits, dass die Anstalt nicht nur „durch Gesetzmäßigkeit und Ordnung“, sondern auch durch „angemessene Beschäftigung, Abwechslung, Erholung und erheiternde Unterhaltung heilsam auf die Kranken“ einwirken sollte (LAS H3/8024/I, 286). So bemühte man sich, die Patienten ihren Fähigkeiten entsprechend zu beschäftigen, sobald eine Besserung ihres Zustandes eingetreten war (LAS H3/8024/I, 291, § 8). Bei den Frauen waren neben Handarbeiten wie Nähen und Stricken vor allem hausfrauiche Tätigkeiten, etwa Kartoffelschälen oder Hilfe in der Waschküche angezeigt. Manche Patientinnen befassten sich darüber hinaus mit Lektüre. Die Männer wurden zunächst vorwiegend im Garten oder im Holzhof mit Sägearbeiten beschäftigt. Um die Möglichkeiten der Beschäftigungstherapie zu verbessern, erfolgte in den 70-iger Jahren der Bau von klinikeigenen Werkstätten, in denen die Patienten als Schlosser, Schreiner oder Sattler arbeiten konnten. Ebenso bestimmte die Hausordnung von 1857, dass „gesittete und ruhige Kranke“ sich in den arbeitsfreien Zeiten am Nachmittag oder Abend unterhaltensamen Dingen wie „Musik, Gespräch, Spielen, Lektüre und Spaziergängen im Freien“ widmen durften (LAS H3/ 8024/I, 292, § 14).

## **7.2 Krankheitsbefunde am Ende des 19. Jahrhunderts in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster**

Von den 200 Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, die Leibrock (1998) untersuchte, wurden die meisten Patienten (49) mit dem Krankheitsbild *Melancholie* klassifiziert, darunter verstand man damals „einen schmerzhaften Zustand, welcher das Selbstwertgefühl herabsetzt und jede gesunde Tätigkeit und Kraftäußerung lähmt“ (Leidesdorff 1865, S. 157).

An zweiter Stelle stand die *Tobsucht* (43 Patienten), „die eine Reihe spontaner Bewegungen zeige. Jeder noch so dunkle psychische Vorgang erzeuge in den höheren

Graden der Tobsucht Muskelbewegungen. Im Verhältnis zu der Heftigkeit der Bewegungen werde der ganze Vorstellungsprozess gesteigert. Es komme zu Sinnesdelirien und Wahnvorstellungen“ (Leidesdorff 1985, S. 179). 29 Patienten litten an *Verrücktheit*, „einer Störung der Intelligenz mit mehr oder weniger verbindungslosen Vorstellungen im Bewusstsein, die die psychischen Vorgänge beherrschen“ (Leidesdorff 1985, S. 208). 16 Patienten litten unter der *Paralyse*, „eine Hirnatrophie als Spätfolge von Syphilis, die Lähmungserscheinungen, Sprachstörungen, Demenz und geistigen Verfall zur Folge haben kann“ (Leidesdorff 1985, S. 221).

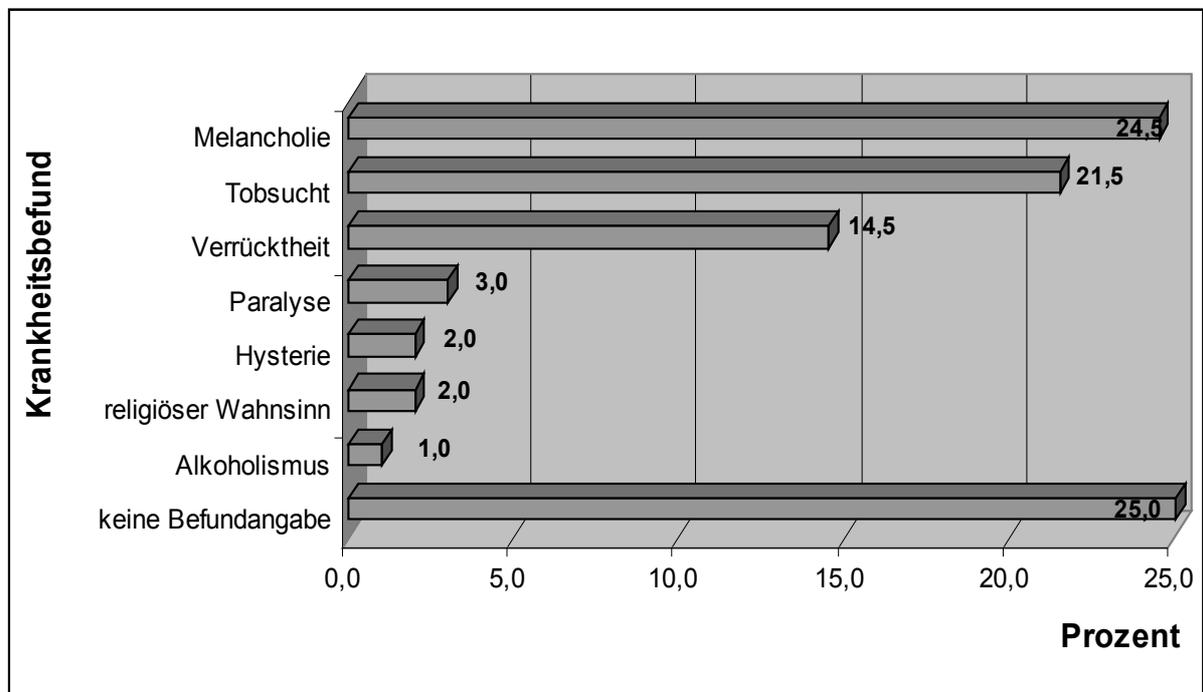


Abbildung 1

### 7.3 Heilerfolge und Prognose am Ende des 19. Jahrhunderts in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster

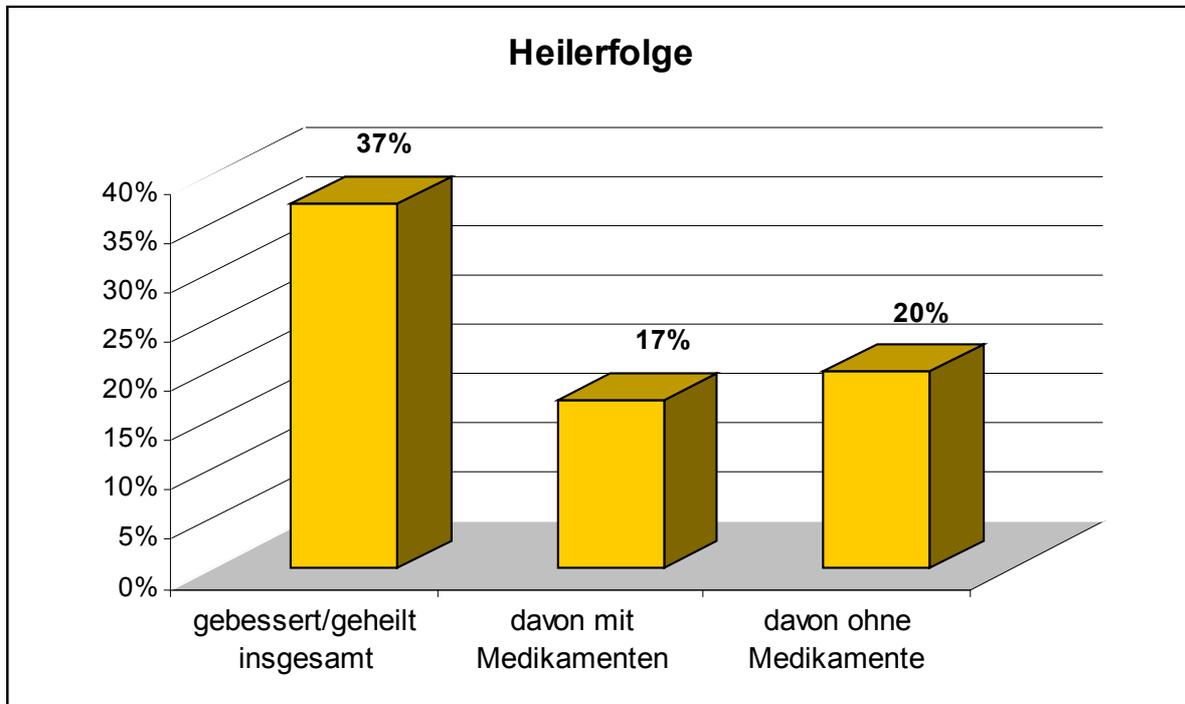


Abbildung 2

Die Heilerfolge in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster am Ende des 19. Jahrhunderts sind laut der Untersuchung von Leibrock (1998) beachtlich. Demnach konnten 40% der weiblichen und 35% der männlichen Patienten als „geheilt“ oder „gebessert“ entlassen werden. Auch kam es vor, dass Patienten ein zweites oder gar drittes Mal nach Klingenmünster kamen, weil sich ihr Zustand verschlechterte.

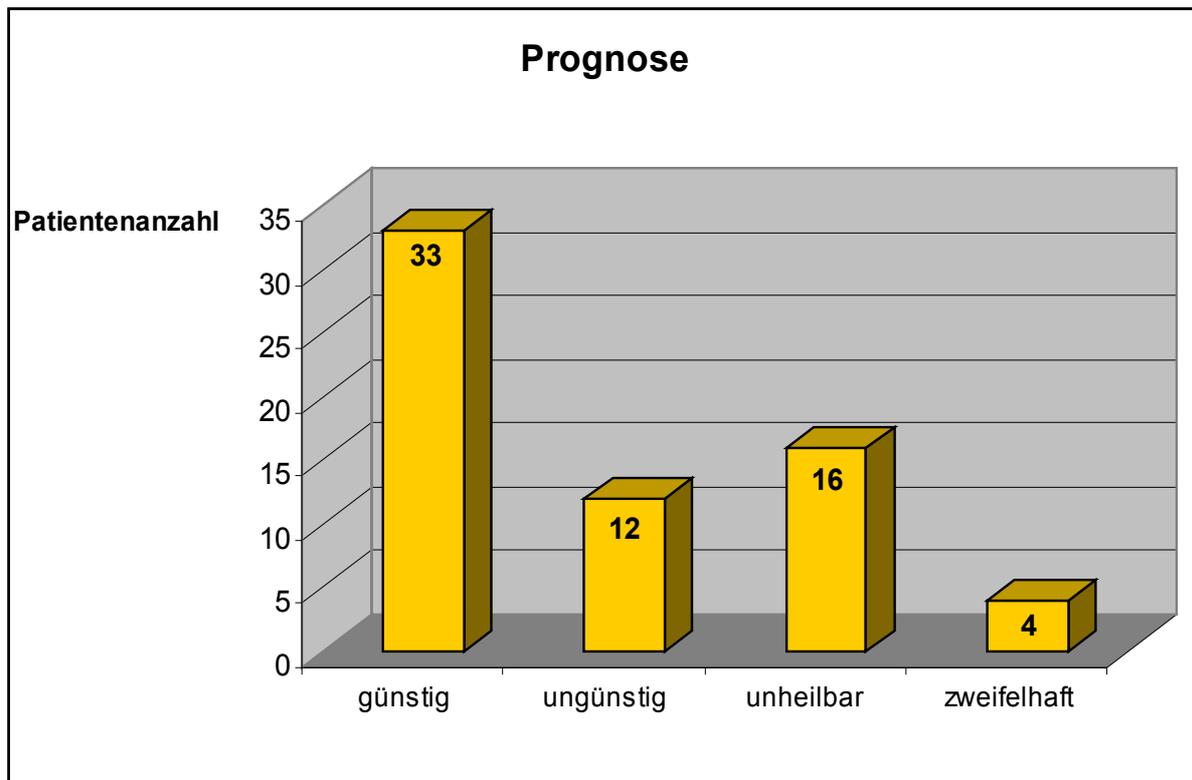


Abbildung 3

Die Prognose in den Krankenberichten lautete in den meisten Fällen „günstig“. Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, dass Patienten, die als unheilbar galten, der Frankenthaler Anstalt zugewiesen wurden.

## **8 Auswertung der Krankenberichte - Methodik**

### **8.1 Qualitative Auswertung**

Das Patientenarchiv der Pfalzlinik Landeck verwahrte bis 2007 die Akten der Personen, die seit dem Gründungsjahr 1857 aufgenommen wurden. Das Archiv verfügte über eine EDV-Datenbank, in der Patienten von 1857 bis 1955 und ab 1990 mit laufenden Nummern versehen waren. Die Patientenakten aus den Jahren 1956 bis 1989 waren in Karteikästen archiviert.

Die Auswertung der Krankenberichte erfolgte zum einen nach soziodemographischen Merkmalen (wie z.B. Alter, Geschlecht, Wohnort, Beruf usw.), zum anderen nach Diagnose und Therapie. Der Schwerpunkt wurde auf die Auswertung der Diagnosen, den damit verbundenen Psychopathologien und den Therapien gelegt, da erforscht werden sollte, ob ein Krieg als traumatisierendes Ereignis Auswirkungen auf die Krankheitsbilder und Therapieformen hat. Dafür wurden die Akten vor dem Zweiten Weltkrieg (1932) und nach dem Zweiten Weltkrieg (1948) miteinander verglichen. Da im Jahre 1948 kriegsbedingt bedeutend weniger Patienten in der Klinik waren als 1932, wurden aus beiden Jahrgängen jeweils 20 % der Akten und nicht eine bestimmte Anzahl untersucht. Die Auswahl der Akten geschah nach dem Zufallsprinzip. Im Jahre 1932 wurden 577 Patienten aufgenommen, sodass 115 Patientenakten untersucht wurden und im Jahre 1948 waren es 357 aufgenommene Patienten und somit 71 untersuchte Akten. Insgesamt wurden also 186 Akten ausgewertet. Ursprünglich sollte die Auswahl der Patienten anhand der Standlisten aus den beiden Jahren erfolgen. Standlisten waren die Listen aller männlichen und weiblichen Patienten, die sich in einem Jahr in Behandlung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster befanden. Da die Standlisten für das Jahr 1932 fehlten, wurden die Patienten heran-gezogen, die 1932 aufgenommen wurden.

Da die vorliegende Arbeit den psychiatrischen Alltag vor und nach einem politischen Umbruch untersucht, wurden die beiden Jahre 1932 und 1948 gewählt, weil zu dieser Zeit dasselbe Klassifikationsschema Gültigkeit hatte. 1932 wurde herangezogen, da ab 1933 die Psychiatrien nationalsozialistisch beeinflusst waren, 1948 wurde gewählt, weil bis 1947 die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster von den Franzosen besetzt war.

Die Patientenakten waren zum Teil handschriftlich verfasst, zum Teil mit Schreibma-

schine geschrieben und bestanden aus einem Deckblatt auf dem soziodemographische Angaben, wie Name, Geburtstag und -ort, Familienstand, Wohnort, Konfession, Beruf, vermerkt waren, des Weiteren Angaben zu Bezirksamt, Klasse, Entmündigung, Vormundschaftsgericht, Zahlungspflicht sowie Datum der Aufnahme und woher der Patient aufgenommen wurde, Datum und Zustand bei Austritt. Die Krankenakte bestand aus einem vorgedruckten *Fragebogen zur ärztlichen Untersuchung* (siehe Anhang, Dokument 1), der vom Hausarzt auszufüllen war. Dieser enthielt Angaben zur Person des Patienten und Informationen über die Art der Geistesstörung sowie die bisherige Behandlung. Weitere Bestandteile der Krankenakte waren die *Kostenübernahmeerklärung*, eine *Zustimmungserklärung zur Aufnahme* des Patienten durch zwei Familienangehörige (siehe Anhang, Dokument 2), eine *Bürgermeisteramtliche Bestätigung*, dass der Patient geistesgestört ist (siehe Anhang, Dokument 3) und ein *Fragebogen*, der bei Aufnahme durch das Bürgermeisteramt zu beantworten war, der Angaben zur Person des Patienten, zu Verbrechen, Verpflegungsklasse, Vermögensverhältnissen, Entmündigung und früheren Anstaltsaufenthalten machte (siehe Anhang, Dokument 4). Ebenso ein *Effekten-Verzeichnis*, in das Kleidungsstücke und andere Habseligkeiten, die der Patient mitbrachte, notiert wurden (siehe Anhang, Dokument 5). In einigen Krankenakten finden sich auch Korrespondenz zwischen Anstalt und Patientenangehörigen oder Fürsorgeanstalten. Separat, innerhalb der Krankenakte befand sich die *Krankengeschichte*, der ärztliche Bericht, der Aussagen zu Ursache, Beginn und Verlauf der aktuellen Krankheit machte (siehe Anhang, Dokument 6). In dieser Krankengeschichte finden sich Angaben zum Aussehen des Patienten (Körperbau, Schädelform, Augenausdruck). Es folgt eine Beschreibung des augenblicklichen Gesundheitszustandes, die neben körperlichen Aspekten wie Appetit, Pulsfrequenz, Schlaf oder Verdauung auch die psychische Disposition des Patienten umfasst. Ätiologische Gesichtspunkte wurden von den Ärzten ebenfalls berücksichtigt, etwa ob eine erbliche Veranlagung vorlag oder ein Ereignis in der Biographie des Patienten, das die psychische Erkrankung verursacht haben könnte. Den Schluss bilden die Tagesberichte mit Angaben über den Krankheitsverlauf und die therapeutischen Maßnahmen, welche oft nur recht lückenhaft waren und ungenau beschrieben wurden. Insgesamt wiesen die Krankengeschichten zum Teil Lücken auf, so dass die Merkmalerkennung unvollständig bleiben musste. Für verschiedene Merkmale (Therapie und Diagnose) betrug der Anteil „keine Angaben“ bis zu 13 %.

## 8.2 Quantitative Auswertung

Neben der qualitativen Auswertung wurden die Daten auch quantitativ untersucht. Die statistische Auswertung erfolgte mittels der Statistiksoftware SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) für Windows Version 14.0.

Da die Stichproben in den beiden zu vergleichenden Gruppen 1932 (N=115) und 1948 (N=71) unterschiedlich groß waren, war eine Untersuchung der Daten mittels T-Test nicht möglich, weshalb der Chi<sup>2</sup>-Test angewendet wurde.

Mit Hilfe des k x 2-Felder-Chi<sup>2</sup>-Test war die Beantwortung von drei Fragestellungen möglich:

- Wenn es um den Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben bezüglich eines mehrfach gestuften Merkmals geht oder
- den Vergleich von mehreren unabhängigen Stichproben bezüglich eines 2-fach gestuften Merkmals oder
- den Zusammenhang eines mehrfach und eines 2-fach gestuften Merkmals.

Eine Arbeitshypothese lautete dann z.B.: Die Jahrgänge 1932 und 1948 unterscheiden sich hinsichtlich der Art der Diagnose. Oder: Zwischen den Jahrgängen und der Art der Diagnose gibt es einen statistisch bedeutsamen Zusammenhang.

Der Chi<sup>2</sup>-Test untersucht also den Zusammenhang zwischen den einzelnen Merkmalen, dabei überprüft er die Unabhängigkeit zweier oder mehrerer Variablen einer Kreuztabelle. Zwei Variablen gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen.

Der Chi<sup>2</sup>-Test hat zur Voraussetzung, dass nur in maximal 20% der Felder der Kreuztabelle erwartete Häufigkeiten <5 auftreten durften. Zeilen- und Spaltensummen mussten stets größer Null sein. War die erwartete Häufigkeit <5, so wurde zusätzlich der exakte Test nach Fisher ausgeführt oder Zellen wurden zusammengelegt, z.B. Diagnosen zu übergeordneten Kategorien.

Die Höhe der einzelnen Residuen wies darauf hin, dass es in allen Zellen gewisse Abweichungen zwischen den beobachteten und den erwarteten Zellhäufigkeiten gibt. Zunächst wurde eine globale Analyse gerechnet (k x 1-Kreuztabelle), dieser globale Chi<sup>2</sup>-Test gab an, ob zwei Variablen unabhängig voneinander sind. War der Chi<sup>2</sup>-Wert signifikant, wurde genauer untersucht, worauf diese Signifikanzen zurückzuführen sind. Hierbei waren u.a. die standardisierten Residuen informativ. Um exaktere Aussagen treffen zu können, wurden mittels post-hoc Tests einzelne Zellen oder

Chi<sup>2</sup>-Komponenten miteinander verglichen. So konnte z.B. gezeigt werden, dass die Anzahl der Schizophrenen sich im Jahr 1932 (N=51) und 1948 (N=13) überzufällig voneinander unterschieden,  $p=0,004$ . Um die Annahme der Alternativhypothese nicht allzu sehr zu erschweren, wurde  $\alpha$  auf 0,05 gesetzt.

## 9 Ergebnisse

### 9.1 Demographisch - Soziale Merkmale

Merkmale:      **Geschlecht - Familienstand - Anzahl der Kinder - Konfession - Wohnort - Alter bei Aufnahme - Beruf - Frühere Psychiatrieaufenthalte - Entmündigung - Straffälligkeit - Verpflegungsklasse - Kostenträger**

#### 9.1.1 Geschlecht

Tabelle 1

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
weiblich	51%	59	34%	24	0,093
männlich	49%	56	66%	47	0,131

\* Signifikanzniveau

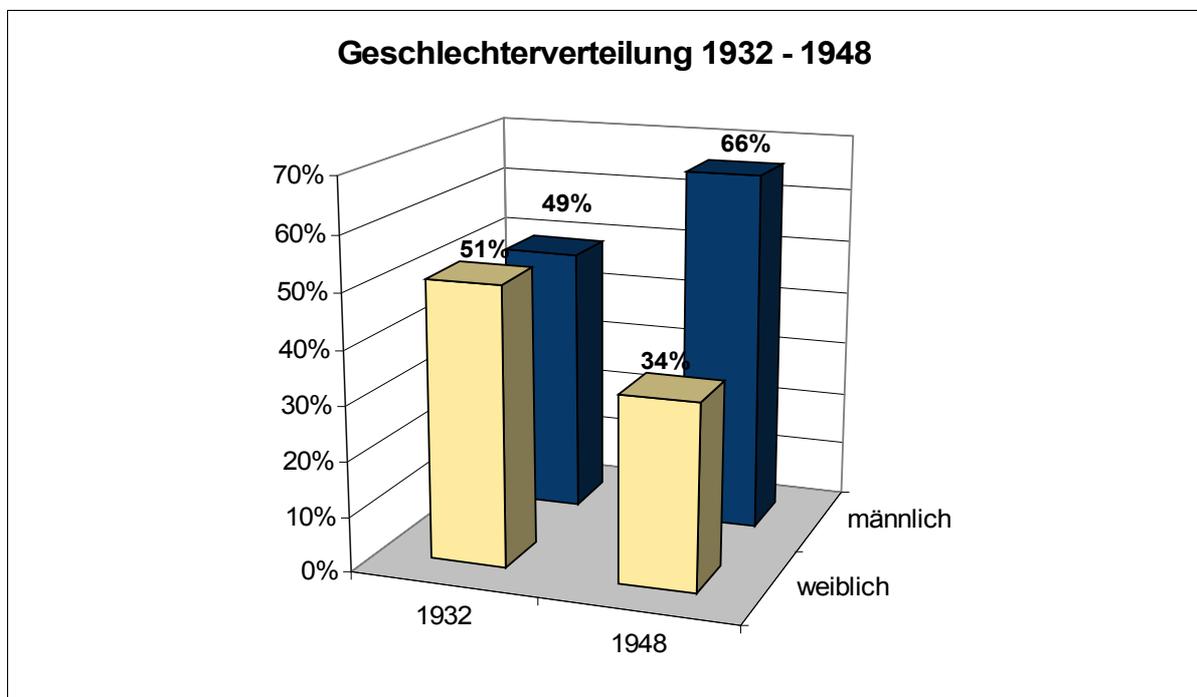


Abbildung 4

1932 gab es weder bei den Frauen noch bei den Männern zwischen den Jahrgängen signifikante Unterschiede ( $p=0,093$  bzw.  $p=0,131$ ). In der Heil- und Pflegeanstalt

Klingenmünster kamen in diesem Jahr fast gleich viele Frauen wie Männer zur Aufnahme. Die Statistik des Deutschen Vereins für Psychiatrie aus dem Jahre 1934 kommt auf die identische Prozentzahl wie die hier erhobene, nämlich 51% Frauen und 49% Männer. Auch die Statistik des Deutschen Reiches, welche auf der Zählung der Gebrechlichen im Deutschen Reich von 1925/26 basierte und vom Statistischen Reichsamt herausgegeben wurde, zeigt etwa gleich viele geistig-gebrechliche Männer wie Frauen (48% Frauen und 52% Männer) in der Pfalz. Nach dem Zweiten Weltkrieg (1948) wurden fast doppelt so viele Männer wie Frauen in die Anstalt aufgenommen, sodass hier ein signifikanter Unterschied von  $p=0,008$  vorliegt.

Die Entwicklung zugunsten männlicher Anstaltspatienten hätte man nicht unbedingt erwartet, erstens weil es kriegsbedingt viel weniger Männer als Frauen gab und weil es der allgemein bekannten Entwicklung entgegensteht, dass in der Mitte des 20. Jahrhunderts mehr Frauen zur Aufnahme kamen als Männer. Die Ursachen hierfür werden neben der zunehmend größeren gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Rolle der Frau in der Entwicklung von der Groß- zur Kleinfamilie gesehen. Bei Erkrankungen eines Familienmitgliedes wirkte sich dies sowohl bei den älteren als auch jüngeren Familien nachteilig aus. Während die Pflege eines erkrankten Mannes häufig noch zu Hause von der Ehefrau übernommen werden konnte, sofern sie nicht berufstätig war, war dies umgekehrt selten möglich, sowohl wegen der Berufstätigkeit des Ehemannes als auch oftmals aufgrund seiner fehlenden Fertigkeiten bei Arbeiten im häuslichen Bereich.

Die höhere Aufnahmequote der Männer 1948 könnte in Zusammenhang mit den Diagnosen stehen, die 1948 signifikant häufiger gestellt wurden als 1932. Zum einen der *angeborene Schwachsinn* ( $p=0,000$ ), zum anderen die *psychischen Erkrankungen des höheren Lebensalters* ( $p=0,000$ ). In beiden Fällen vorwiegend männliche Patienten, für die während des Krieges keine Verwendung gefunden wurde und die deshalb eher am Leben blieben. Außerdem handelt es sich um Patienten, die einen großen pflegerischen bzw. betreuenden Aufwand bedingten, der in der Nachkriegszeit für die Angehörigen evtl. schwieriger aufzubringen war.

## 9.1.2 Familienstand

Tabelle 2

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
ledig	33%	38	42%	30	0,358
verheiratet	55%	63	34%	24	0,034
verwitwet	1%	1	17%	12	0,125
geschieden	10%	12	4%	3	0,219
getrennt lebend	1%	1	3%	2	0,303

\* Signifikanzniveau

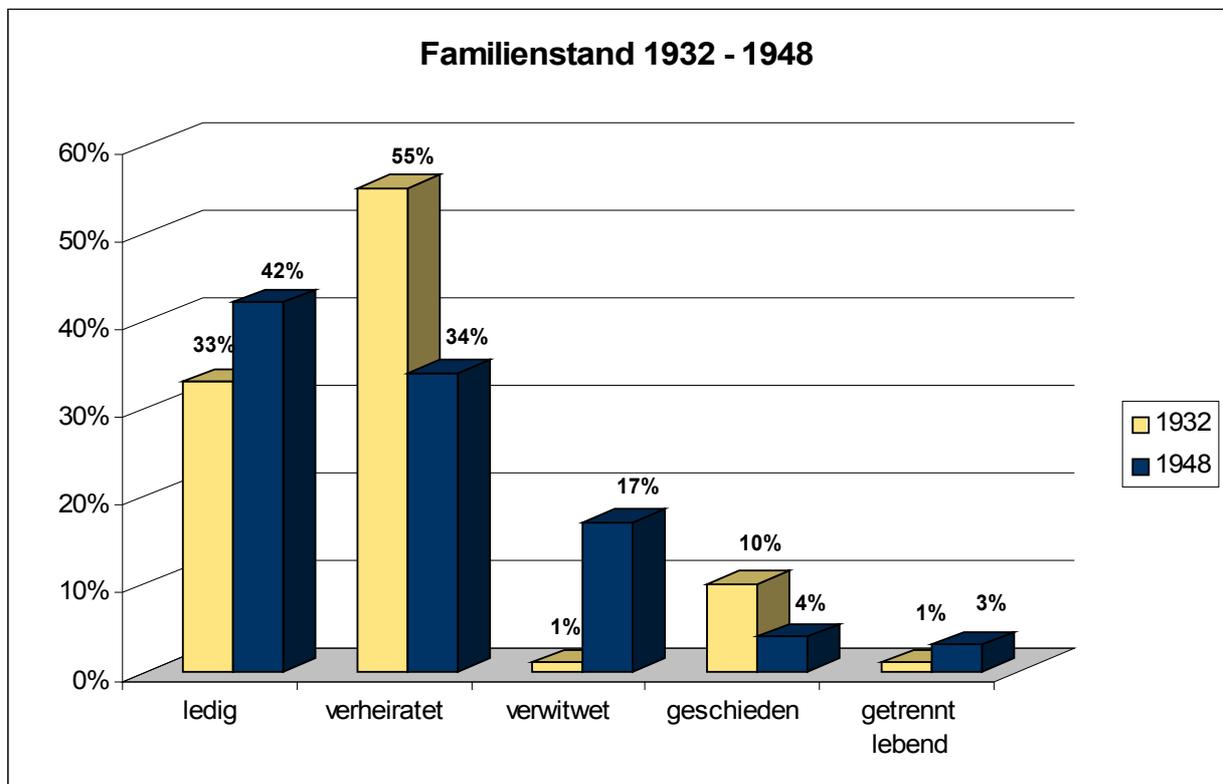


Abbildung 5

Entgegen der Statistik des Deutschen Reiches von 1925/26 gab es in Klingenmünster 1932 bedeutend weniger ledige Patienten (33%) als in der Gesamtpfalz mit 75% und einen vergleichsweise hohen Anteil von Verheirateten (55%) im Gegensatz zur gesamten Pfalz mit 19%.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster mehr ledige und verwitwete Patienten sowie weniger verheiratete und geschiedene

Patienten. Der Unterschied bei den verheirateten Patienten zwischen 1932 und 1948 ist mit  $p=0,034$  signifikant. Wobei es keinen geschlechtsspezifischen Unterschied gab. Unter den ledigen und verwitweten Patienten befanden sich vorwiegend Frauen. Ein Effekt, der seine Ursachen sicherlich im Krieg hatte, da viele Männer gefallen waren, sodass die Frauen zu Witwen wurden und es für die jungen Frauen keine Männer zum Heiraten gab. Das Thema Scheidung spielte in den Nachkriegsjahren offenbar eine geringere Rolle, da man vermutlich mit existentielleren Problemen zu tun hatte.

### 9.1.3 Anzahl der Kinder

Tabelle 3

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Keine Angaben	3%	3	6%	4	0,292
Keine Kinder	43%	49	45%	32	0,866
1-2 Kinder	29%	34	28%	20	0,903
3-4 Kinder	17%	20	16%	11	0,787
5-6 Kinder	7%	8	4%	3	0,470
7-8 Kinder	1%	1	1%	1	0,723

\* Signifikanzniveau

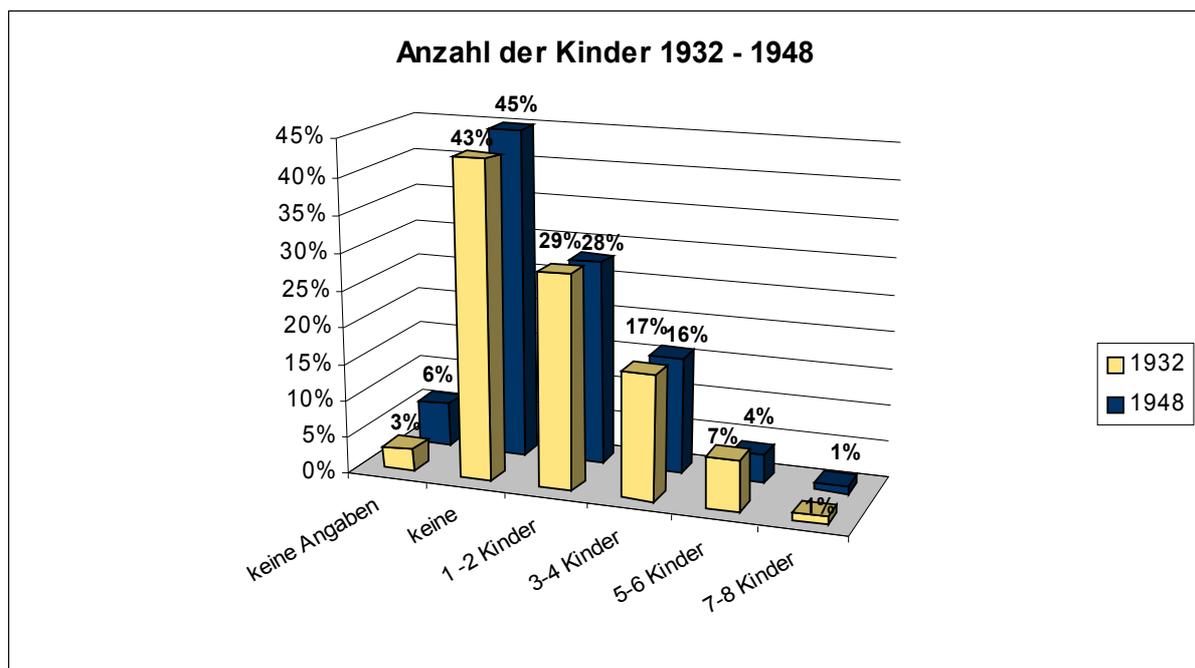


Abbildung 6

Nach der Statistik des Deutschen Reiches von 1925/26 hatten geistig Gebrechliche in der Pfalz im Durchschnitt 0,3 Kinder. In Klingenmünster im Vergleich dazu 1,5 Kinder (1932) bzw. 1,3 Kinder (1948), also ca. 1 Kind mehr. Kein überraschendes Ergebnis, da in Klingenmünster 36% mehr Patienten verheiratet waren als die geistig Gebrechlichen in der Pfalz, sodass auch mehr Kinder zu erwarten waren. Die größte Gruppe ist die der Kinderlosen, was zum Großteil mit dem ledigen Familienstand zusammenhängt und weniger mit der Tatsache, dass geistig Kranke sterilisiert wurden (8 bzw. 0% in Klingenmünster).

Einen signifikanten Unterschied bei der Kinderanzahl zwischen 1932 und 1948 ist nicht festzustellen, wobei berücksichtigt werden muss, dass nicht unterschieden wurde zwischen lebenden und toten Kindern. Zu selten wurde dies in dem Fragebogen, der durch das Bürgermeisteramt ausgefüllt wurde, festgehalten, sodass eine entsprechende Auswertung nicht möglich war. Zu erwarten gewesen wäre eine geringere Anzahl lebender Kinder nach dem Zweiten Weltkrieg.

Eine Tendenz ist bzgl. des Berufes festzustellen, dergestalt dass Angehörige besser qualifizierter Berufe (Akademiker, Beamte, Kaufmänner) mehr Kinder hatten als einfache Bauern oder Arbeiter.

#### 9.1.4 Konfession

Tabelle 4

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
katholisch	47%	54	53%	38	0,519
protestantisch	47%	54	44%	31	0,660
methodistisch	0%	0	3%	2	0,268
israelitisch	3%	4	0%	0	0,117
keine	3%	3	0%	0	0,071

\* Signifikanzniveau

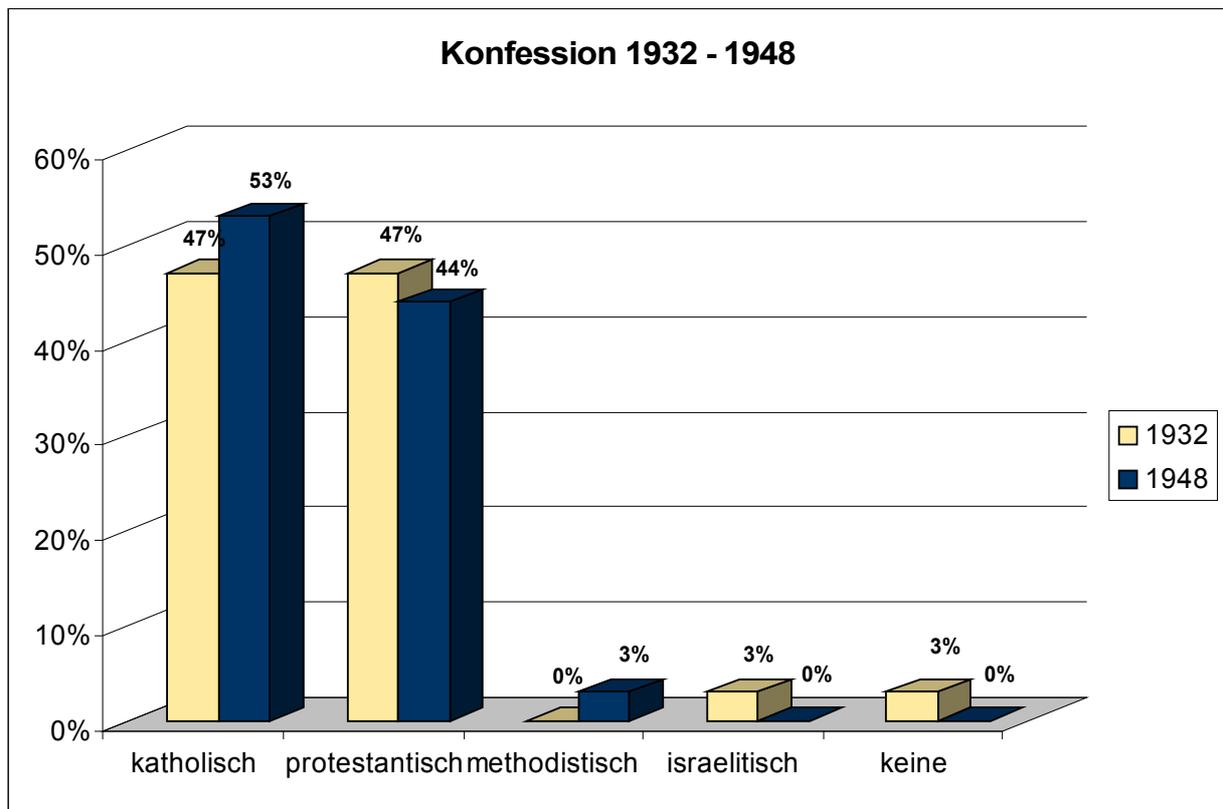


Abbildung 7

Bei der Zählung der geistig Gebrechlichen von 1926/27 waren in der Pfalz 53% protestantisch und 44% katholisch. Zwischen den beiden untersuchten Jahrgängen gab es hinsichtlich der Religionszugehörigkeit in Klingenmünster keine signifikanten Unterschiede. Vor dem Zweiten Weltkrieg wurden gleich viele Katholiken (47%) wie Protestanten (47%) aufgenommen. Nach dem Zweiten Weltkrieg waren es mehr Katholiken (53%) als Protestanten (44%), allerdings nicht signifikant mehr Katholiken ( $p=0,399$ ). Dass es 1948 keine israelitischen Patienten im Gegensatz zu 1932 (3%) mehr gab, lag daran, dass jüdische Patienten gemäß einem Runderlass vom 30.08.1940 in die Anstalt Eglfing-Haar zu überstellen waren (vgl. Scherer, 1998).

## 9. Einzugsgebiet - Wohnort

Tabelle 5

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
< 20 Km	14%	16	16%	11	0,874
21 – 40 Km	32%	37	14%	10	0,019
41 – 60 Km	29%	32	32%	23	0,543
61 – 80 Km	12%	14	7%	5	0,300
> 80 Km	9%	10	25%	18	0,002
Keine Angaben	4%	5	6%	4	0,683
Mittelwert	44 Km		58 Km		

\*Signifikanzniveau

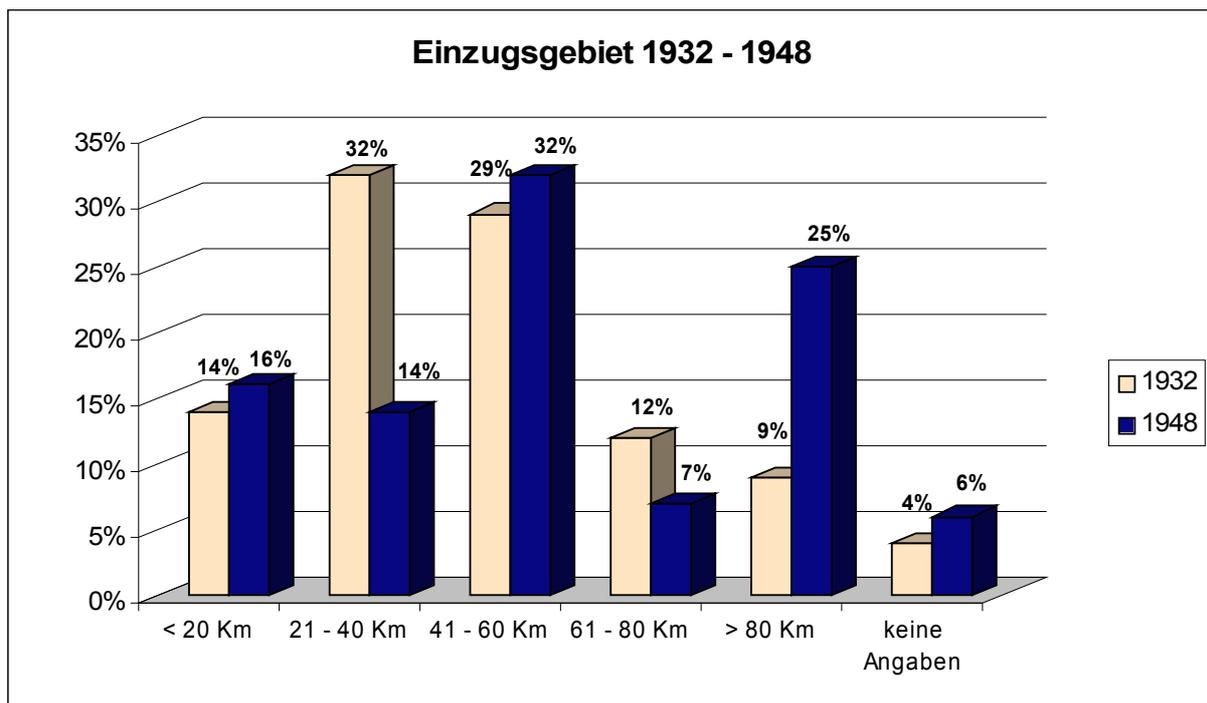


Abbildung 8

Das Einzugsgebiet der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg vergrößert (siehe Mittelwertvergleich: 44 Km versus 58 Km). Im August 1946 verfügten die Franzosen als letzte der drei westalliierten Besatzungsmächte die Errichtung des politischen Gebildes „rheinland-pfälzisches Land“, wel-

ches die Pfalz, die Regierungsbezirke Trier, Koblenz, Mainz und Montabaur umfasste. So stammten 1948 die meisten Patienten aus 41-60 Km entfernten Wohnorten, 1932 aus 21-40 Km entfernten Wohnorten, sogar signifikant mehr ( $p=0,019$ ) Patienten als 1948. Einen signifikanten Unterschied ( $p=0,002$ ) gab es auch bei den über 80 Km weit weg gelegenen Wohnorten, aus denen 1948 25% aller Patienten nach Klingenstein kamen, 1932 nur 9%. Nach der heutigen Landkreiseinteilung kamen 1932 die meisten Patienten aus den Landkreisen Südliche Weinstraße (19%), Neustadt (18%), Bad Dürkheim (18%) und Kaiserslautern (16%). 1948 verhielt es sich ähnlich, wobei die meisten Patienten (19%) aus Ludwigshafen stammten. Fast alle Patienten wohnten in der Pfalz, wenige in Baden-Württemberg und Bayern. 1948 kamen 11% aus dem benachbarten Saarland.

## 9. Alter bei Aufnahme

Tabelle 6

	<b>1932 (n=115)</b>		<b>1948 (n=71)</b>		<b>p*</b>
< 15 Jahre	1%	1	1%	1	0,723
15-30 Jahre	19%	2	23%	16	0,735
31-45 Jahre	41%	47	21%	15	0,027
46-60 Jahre	28%	32	18%	13	0,216
61-75 Jahre	9%	10	24%	17	0,007
> 75 Jahre	2%	3	13%	9	0,008
Mittelwert	43 Jahre		45 Jahre		

\*Signifikanzniveau

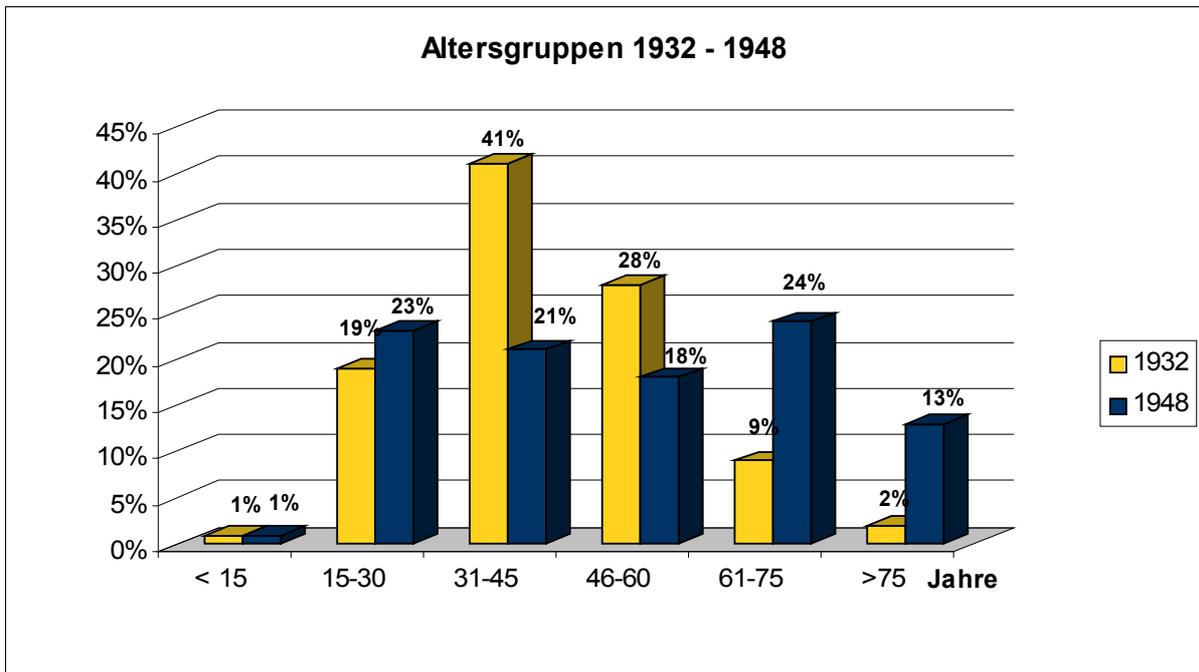


Abbildung 9

Schwerpunktmäßig wurden in beiden Jahrgängen Personen mittleren Alters in der Klinik aufgenommen. Die drei Altersgruppen zwischen 31 und 45 Jahren sind 1948 signifikant seltener ( $p=0,027$ ) vertreten als 1932, was wahrscheinlich auf die Gefallenen des Zweiten Weltkrieges zurückzuführen ist. So gab es 1948 signifikant mehr ältere Patienten als 1932 ( $p=0,007$  bzw.  $p=0,008$ ). Wie bereits erwähnt, befanden sich 1948 unter den Männern viele ältere Patienten (*psychische Erkrankungen des höheren Lebensalters*), die einen großen pflegerischen Aufwand bedingten, der in der Nachkriegszeit für die Angehörigen zu Hause evtl. schwieriger aufzubringen war.

### 9.1.7 Beruf

Tabelle 7

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Invalide	2%	2	3%	2	0,616
Rentner	3%	3	0%	0	0,177
Akademiker	3%	4	4%	3	0,784
Beamter	2%	2	4%	3	0,307
Angestellter	3%	4	3%	2	0,820
Kaufmann	8%	9	3%	2	0,179
Arbeiter	14%	17	10%	7	0,381
Landwirt	9%	10	7%	5	0,719
Handwerker	13%	15	15%	11	0,638
Ohne Beruf	42%	48	48%	34	0,590
Keine Angaben	1%	1	3%	2	0,303

\*Signifikanzniveau

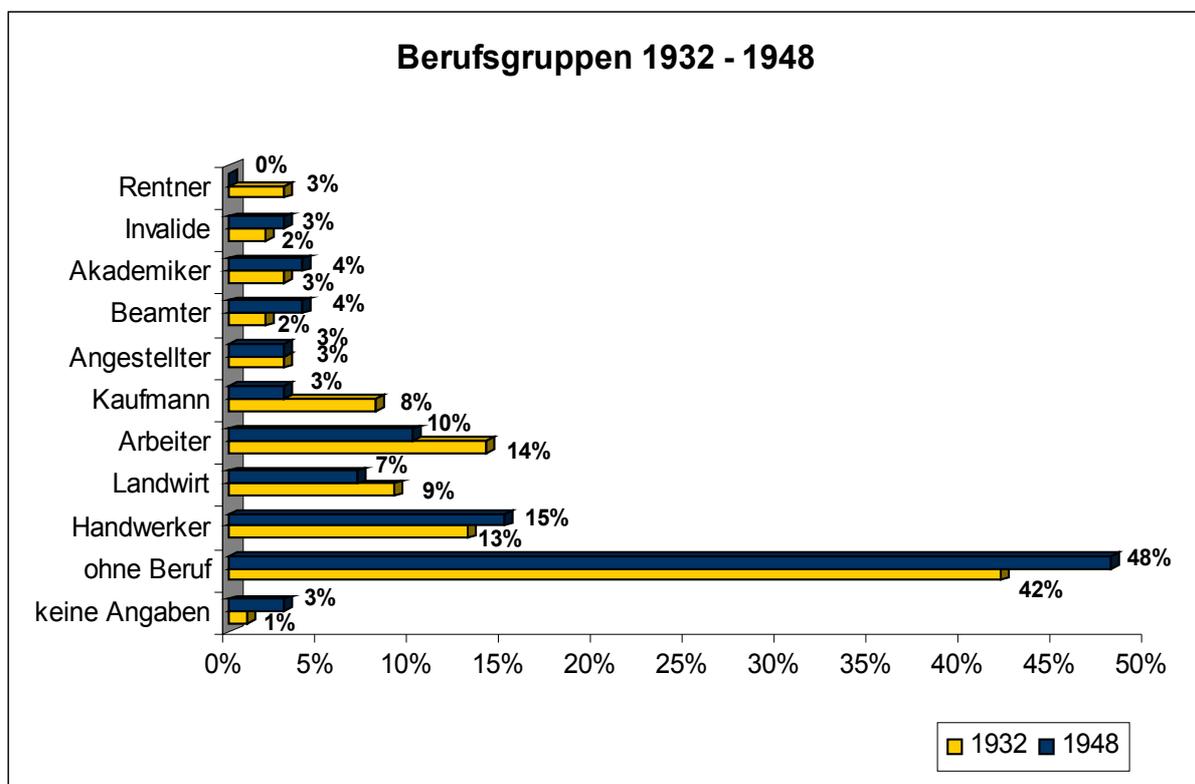


Abbildung 10

Die größte Berufsgruppe vor und nach dem Zweiten Weltkrieg stellt die Gruppe ohne Beruf dar. Der Anteil der Frauen ist hierbei besonders hoch. Verheiratete Frauen haben so gut wie nie einen Beruf ausgeübt, wenn überhaupt, dann die Ledigen, die z.B. Haushälterin, Arbeiterin, Näherin, Verkäuferin oder Kontoristin waren. Die nächst größeren Berufsgruppen waren die Arbeiter und Handwerker. Unter den Arbeitern befanden sich Bergmänner, Maschinisten, Bahnarbeiter, Steinbrecher und Zigarrenmacher. Die Gruppe der Handwerker umfasste Weber, Schuhmacher, Bäcker, Schlosser, Zimmermann und Schreiner. Höher qualifizierte Berufe wie Akademiker (Ingenieur, Assessor) und Beamte (Finanzobersekretär, Zoll- und Eisenbahnbeamter) gab es nur selten. Signifikante Unterschiede vor und nach dem Zweiten Weltkrieg gab es nicht, lediglich die Zahl der Invaliden ist 1948 merklich angestiegen, die Anzahl der Arbeiter hat dagegen abgenommen. Der Vergleich mit der Statistik des Deutschen Reiches von 1925/26 von geistig Gebrechlichen in der Pfalz zeigt andere Daten, die Gruppe ohne Beruf macht hier 95% aus (fast genauso viele Männer wie Frauen), 3% in der Landwirtschaft Tätige und 2% Arbeiter.

## 9. Frühere Psychiatrieaufenthalte

Tabelle 8

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Ja	22%	25	28%	20	0,266
Nein	78%	90	66%	47	0,522
Keine Angaben	0%	0	6%	4	0,010

\*Signifikanzniveau

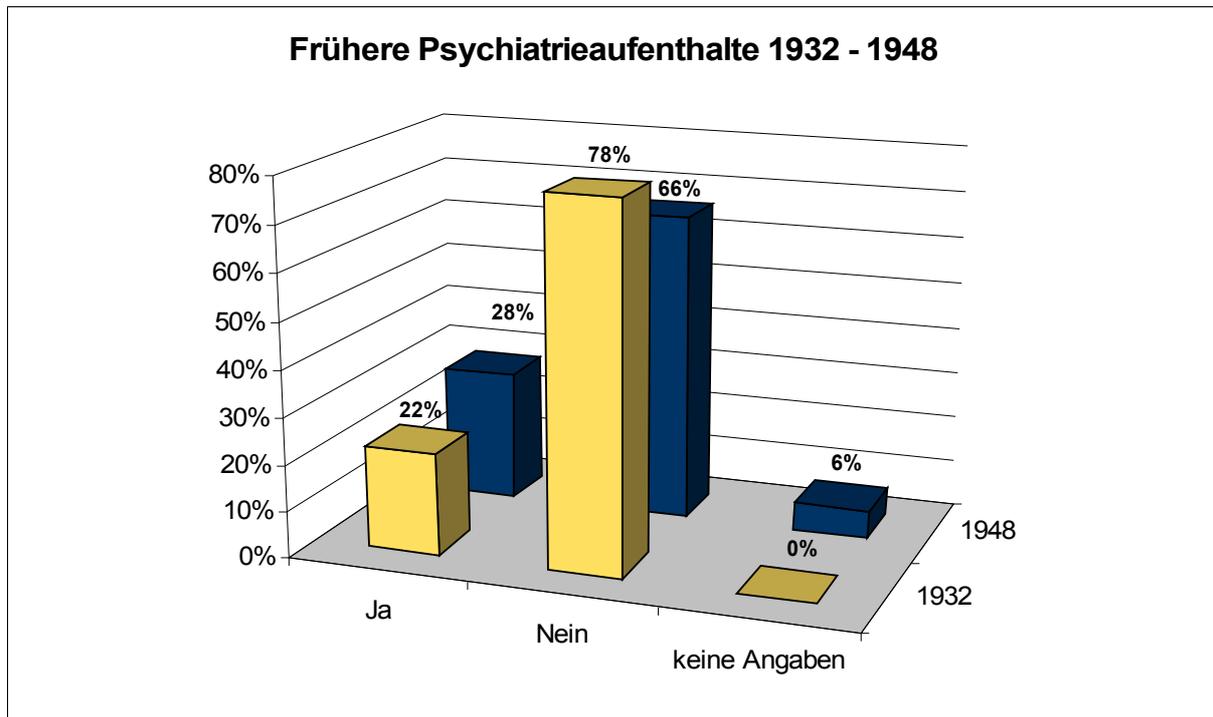


Abbildung 11

Der Anteil der Erstaufnahmen war 1932 wie auch 1948 recht hoch, 1932 über drei Viertel aller Aufnahmen, 1948 zwei Drittel. Nach dem Krieg gab es mehr Zweit- und Drittaufnahmen als zur Zeit der Weimarer Republik. Signifikante Unterschiede zwischen den Jahrgängen 1932 und 1948 gab es jedoch keine.

## 9. Entmündigung

Tabelle 9

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Ja	5%	6	10%	7	0,209
Nein	88%	101	87%	62	0,376
Pflegschaft	6%	7	0%	0	0,111
Keine Angaben	1%	1	3%	2	0,297

\*Signifikanzniveau

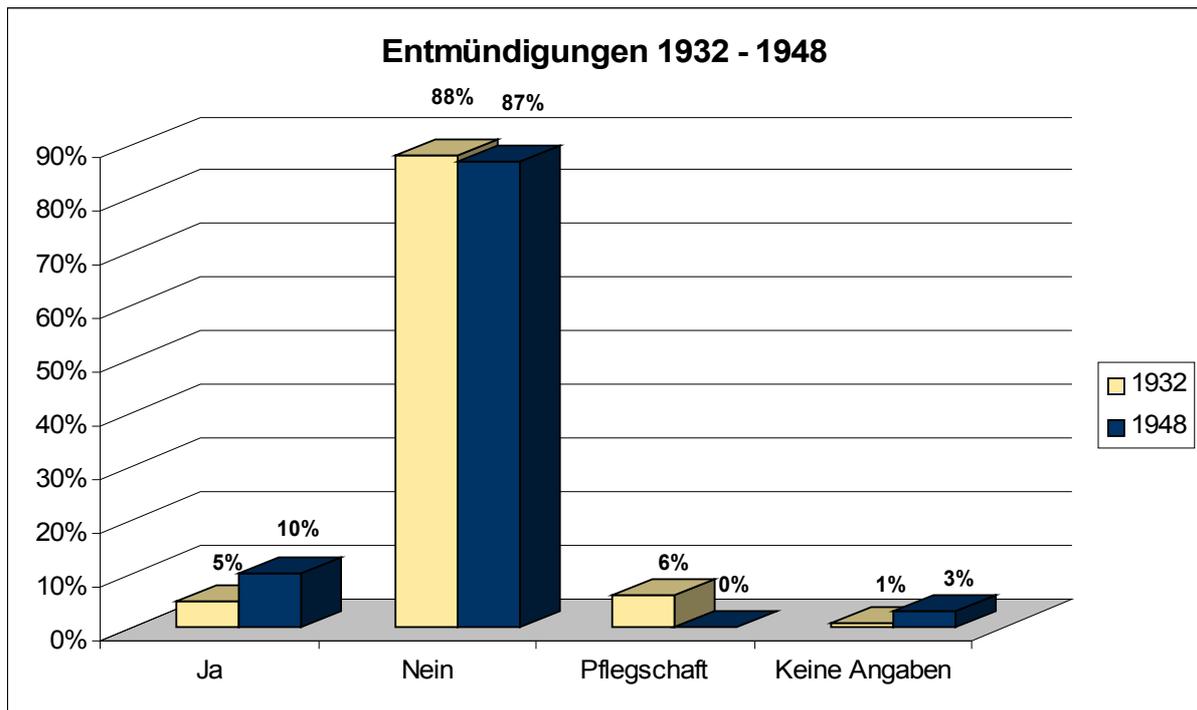


Abbildung 12

Signifikante Unterschiede bzgl. Entmündigungen gab es zwischen den beiden Jahrgängen nicht. Die Zahl der Entmündigungen bzw. Pflegschaften waren 1932 und 1948 mit bis zu 10% recht niedrig. Patienten mit Diagnosen wie *Störung des höheren Lebensalters*, *angeborener Schwachsinnzustand* und *Schizophrenie* waren unter Vormund- bzw. Pflegschaft und v.a. ältere Patienten ab 60 Jahren. Die o.g. Angaben beziehen sich auf bestehende Entmündigungen beim Zeitpunkt der Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Im Laufe des Aufenthaltes kam es relativ selten zu Entmündigungen, wenn, dann vorwiegend 1932. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es keine Pflegschaften mehr, sondern nur Vormundschaften, Vormunde waren zum Teil Familienangehörige.

### 9.1.10 Straffälligkeit

Tabelle 10

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Ja	15%	17	20%	14	0,392
Nein	84%	97	79%	56	0,480
Keine Angaben	1%	1	1%	1	0,070

\*Signifikanzniveau

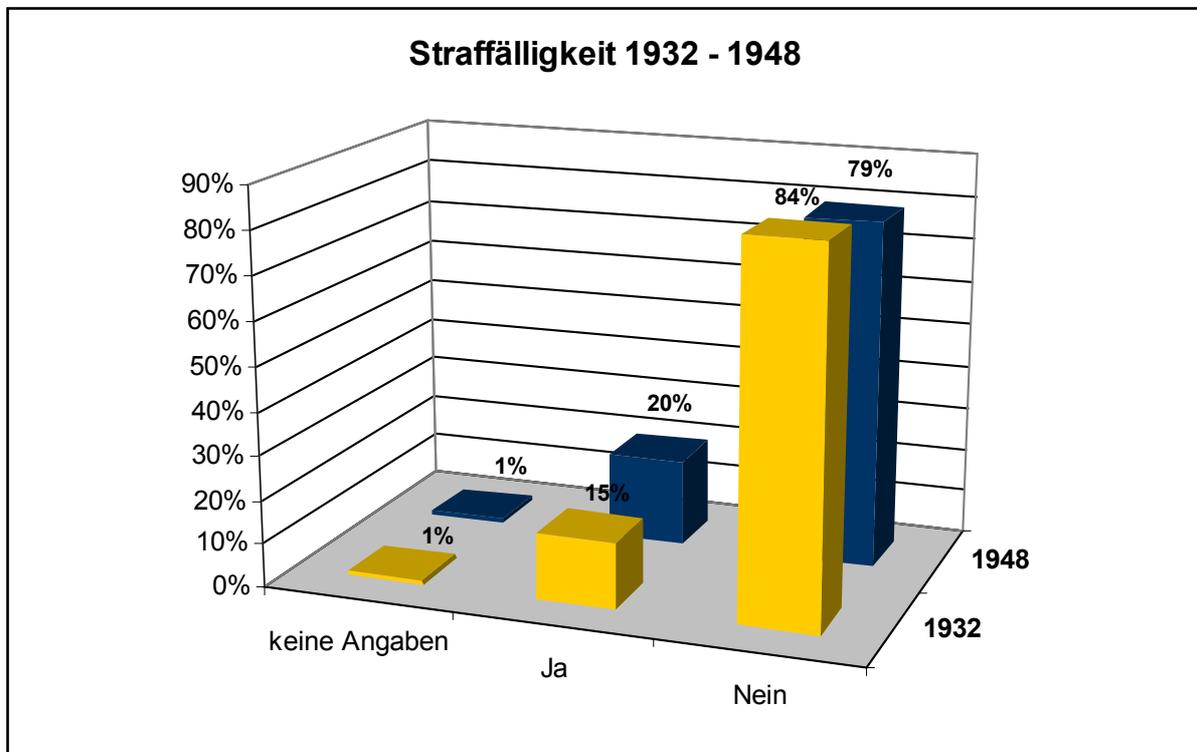


Abbildung 13

Zur Zeit der Weimarer Republik waren 15% der aufgenommenen Patienten straffällig geworden, 1948 20 %. Es gab keine bedeutenden Unterschiede zwischen 1932 und 1948. 1932 und 1948 waren es zu 97% Männer, v.a Schizophrenie und Patienten mit angeborenem Schwachsinn. Die meisten Straftaten waren Gewalttätigkeiten gegenüber anderen, sodass hier eine große Übereinstimmung zwischen Straffälligkeit und Gewalttätigkeit als Symptom der Erkrankung vorlag.

### 9.1.11 Kostenträger

Tabelle 11

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Selbstzahler / Angehörige	20%	23	23%	16	0,681
Öffentliche Hand	63%	73	73%	52	0,450
Versicherungsträger	15%	17	3%	2	0,014
Keine Angaben	2%	2	1%	1	0,872

\*Signifikanzniveau

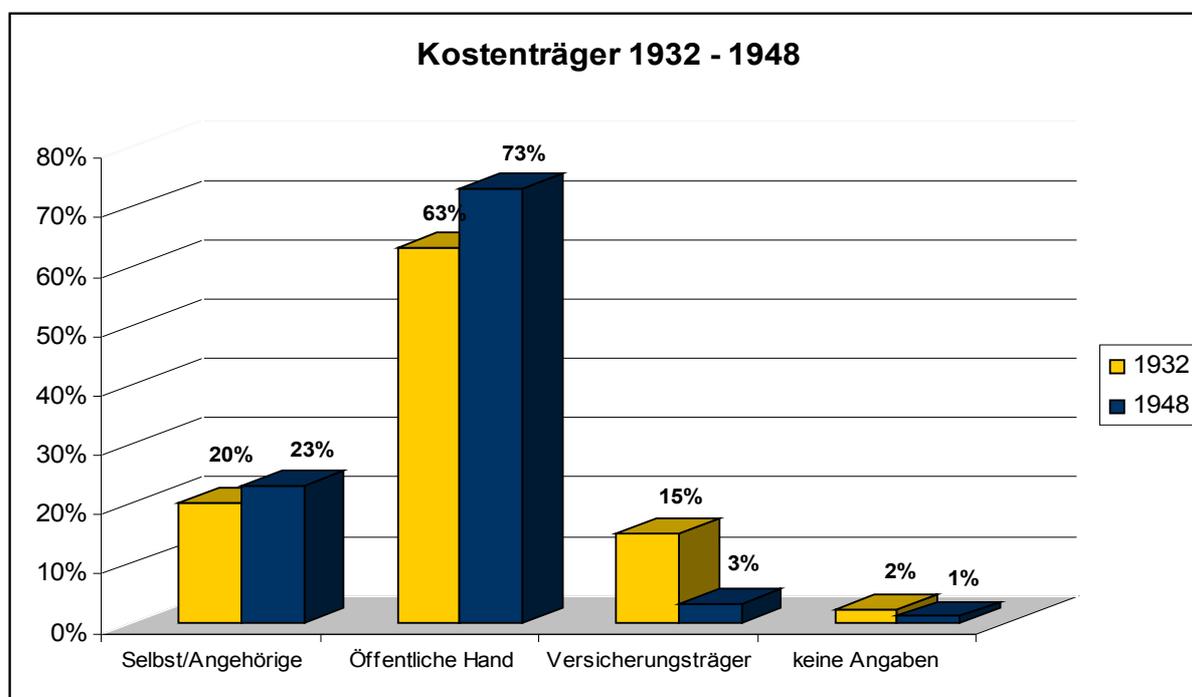


Abbildung 14

Die Kostenübernahme erfolgte überwiegend durch die Öffentliche Hand (63% bzw. 73%). Im Einzelnen waren dies der Orts-, Bezirks- und Landesfürsorgeverband sowie der Städtische Wohlfahrtsverband, das Sozialamt, die Staatsanwaltschaft, die Fortkaserne und die Invalidenrente. Der nächst größere Kostenträger waren die Privatpfleglinge mit 20% bzw. 23%, dies spiegelt sich auch in der Verpflegungsklasse wider. 1948 gab es gar keine Patienten die 2. Klasse lagen, 1932 auch nur 5 Patienten und diese waren alle Selbstzahler. Darunter übernahmen oft die nächsten Angehörigen, die Ehepartner, Eltern oder Kinder die Kosten. Die kleinste Gruppe war die

der Versicherungsträger, nämlich die Krankenkassen. Hier gab es vor und nach dem Krieg einen signifikanten Unterschied ( $p=0,014$ ). Die Öffentliche Hand übernahm 1948 mehr Kosten und die Versicherungsträger dadurch weniger als 1932.

Eine Krankenpflichtversicherung wurde in der Reichsversicherungsordnung von 1883 erstmals gesetzlich verankert. Nach der Rechtssprechung des Reichsversicherungsamtes stand deshalb einem Fürsorgeverband, der einen gegen Krankheit versicherten Geisteskranken in einem psychiatrischen Krankenhaus zu betreuen hatte, ein Ersatzanspruch gegenüber dem Versicherungsträger wenigstens dann zu, wenn die Aufnahme ganz oder überwiegend aus Gründen der öffentlichen Sicherheit erfolgt war (Panse 1969). 1942 wurde der Halbarierelerlass gesetzlich verankert, der dazu führte, dass auch im Falle der Behandlungsbedürftigkeit des psychisch Kranken der Fürsorgebehörde nur die Hälfte der Behandlungskosten erstattet wurde, während der Kranke die andere Hälfte selbst bezahlen musste. Erstaunlicherweise war dieser Erlass, wenn auch modifiziert, bis in die 70er Jahre noch in Kraft.

## 9. Verpflegungsklasse

Tabelle 12

	<b>1932 (n=115)</b>		<b>1948 (n=71)</b>		<b>p*</b>
Klasse 2	4%	5	0%	0	0,078
Klasse 3	94%	108	100%	71	0,768
Keine Angaben	2%	2	0%	0	0,270

\* Signifikanzniveau

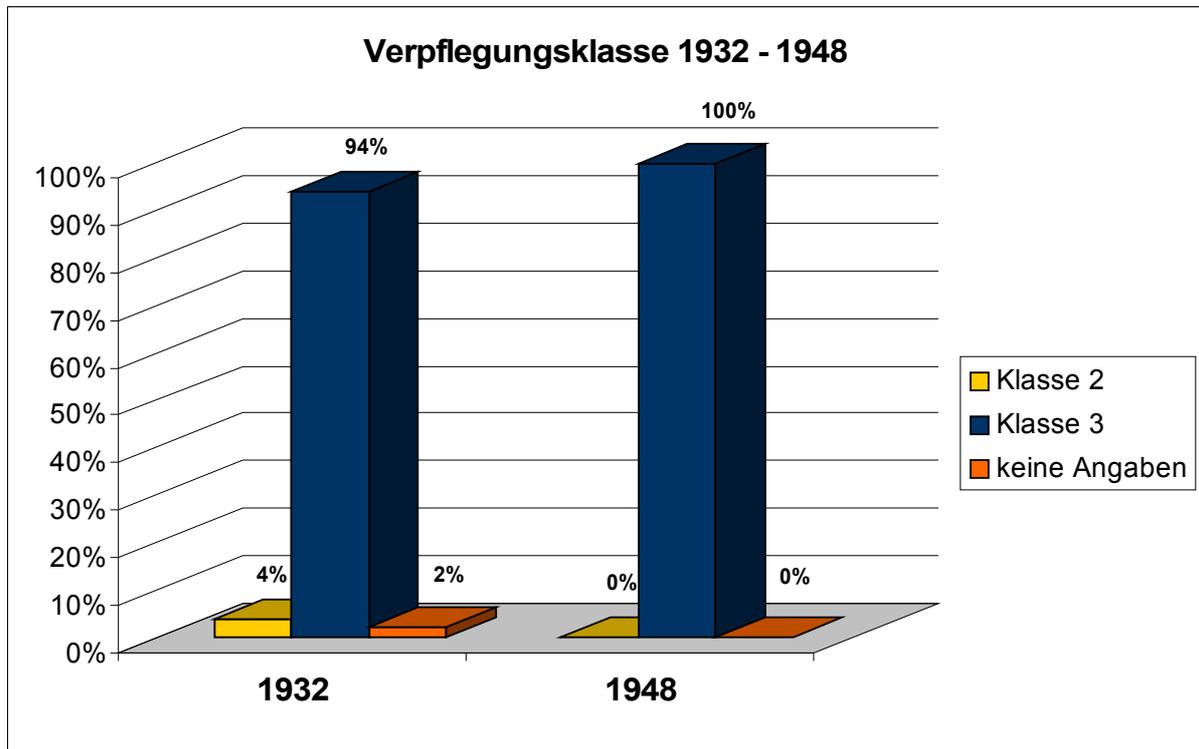


Abbildung 15

In der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster lagen fast alle Patienten in der 3. Klasse, 1948 sogar alle. 1932 lagen ausschließlich Privatpfleglinge 2. Klasse, von diesen Selbstzahlern aber nur 22%, darunter die Ehefrauen eines Akademikers und eines Beamten sowie ein Angestellter, ein Landwirt und ein Kaufmann. Signifikante Unterschiede zwischen 1932 und 1948 gab es nicht.

## 9.2 Krankheit und Verlauf

Merkmale:      **Behandlungsdauer - Zwangssterilisation - Entlassungsmodus**

### 9.2.1 Behandlungsdauer

Tabelle 13

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
< 1 Monat	9%	10	12%	9	0,392
1-12 Monate	68%	78	69%	49	0,863
13– 24 Monate	4%	5	3%	2	0,613
25-36 Monate	3%	4	6%	4	0,784
37-60 Monate	2%	2	6%	4	0,145
> 60 Monate	14%	16	4%	3	0,048
Mittelwerte	24 Monate		12 Monate		

\*Signifikanzniveau

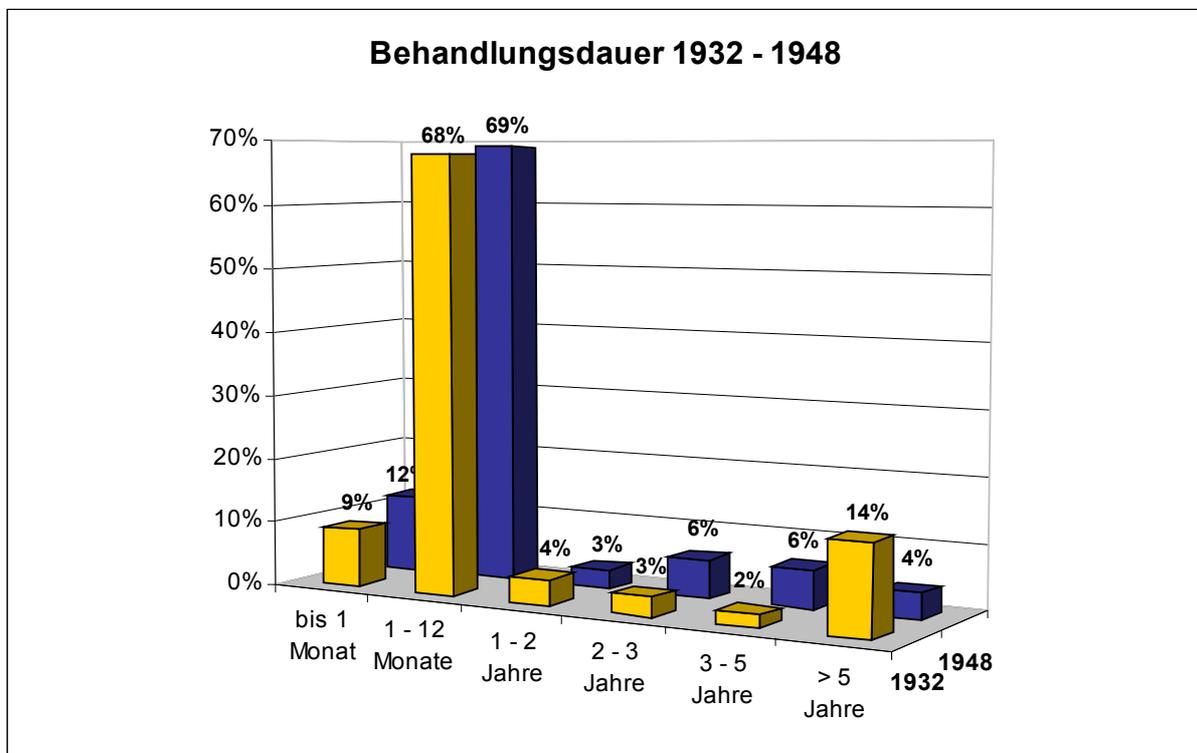


Abbildung 16

Die Tabelle lässt eine Tendenz zu kürzeren Behandlungszeiten erkennen, dies zeigt sich v.a. in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (24 Monate versus 12 Monate). Darüberhinaus gab es 1932 signifikant mehr Patienten ( $p=0,048$ ), die länger als 5 Jahre stationär waren. Diese verkürzte Behandlungsdauer könnte mit der Einführung der Schockverfahren (Insulinkomatherapie 1933, Cardiazolkrampftherapie 1934 und Elektrokrampftherapie 1938) zusammenhängen.

Sofern die Behandlungsdauer als Kriterium für die therapeutische Effizienz herangezogen werden kann, zeichnete sich 1948 eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse ab. 1948 wurden allerdings nur 31% der Patienten gesund oder gebessert entlassen, 1932 waren es 43%. Die Untersuchungen von verschiedenen Autoren (Tourney 1967, Erickson 1975) haben gezeigt, dass die Verweildauer offenbar in hohem Maße von der Behandlungsmotivation der Therapeuten abhängt. Legt man diesen Maßstab zugrunde, lassen die kürzeren Behandlungszeiten 1948 zwar auf einen größeren therapeutischen Optimismus in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster schließen, das Behandlungsergebnis (gebesserte Entlassungen) allerdings nicht. Die steigende Anzahl von Zweit- und Drittaufnahmen sowie die kürzere Behandlungsdauer lassen in Klingenmünster eine Entwicklung erkennen, die man als Wandlung von einer Heil- und Pflegeanstalt in Richtung Akutklinik bezeichnen könnte.

## 9. Zwangssterilisation

Tabelle 14

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Ja	8%	9	0%	0	0,020
Nein	90%	104	97%	69	0,739
Keine Angaben	2%	2	3%	2	0,068

\*Signifikanzniveau

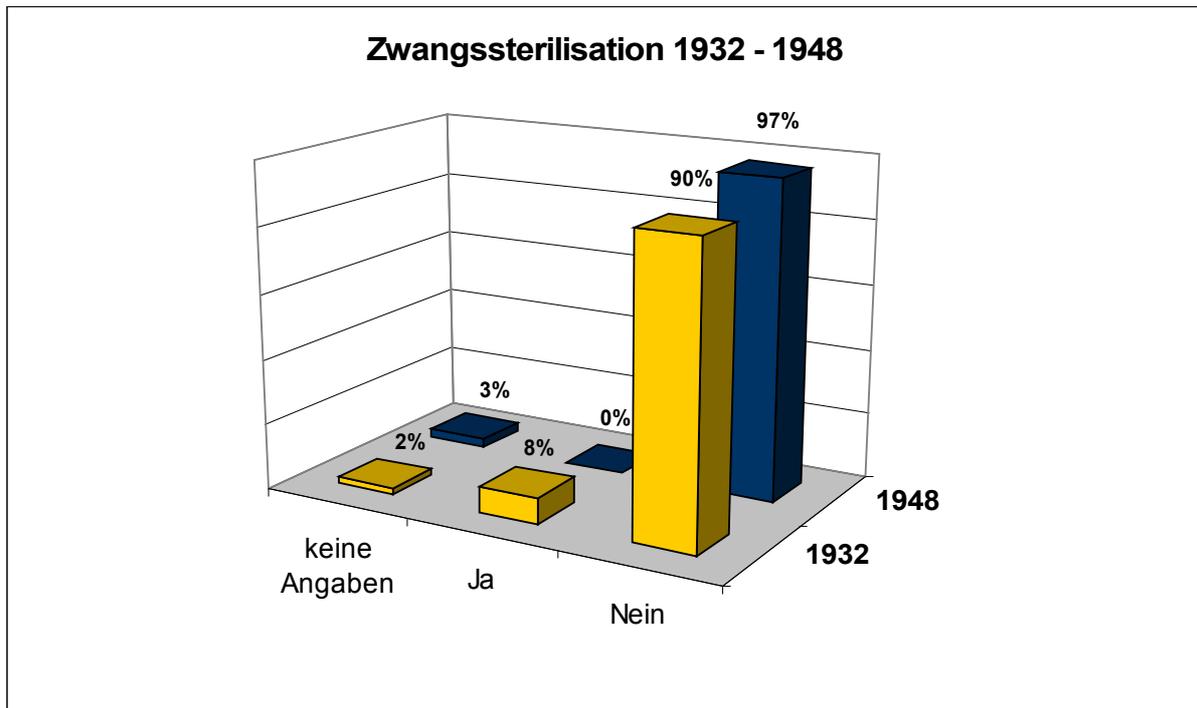


Abbildung 17

Nach dem Zweiten Weltkrieg waren keine Zwangssterilisationen dokumentiert. 1932 waren es 8%, der Unterschied ist mit  $p=0,020$  signifikant. Es waren ausschließlich Frauen, die als Diagnose Schizophrenie (45%), Manisch-Depressives Irresein (22%), Epilepsie (11%), Huntingtonsche Chorea (11%) und angeborener Schwachsinn (11%) hatten. Ein Zusammenhang zur Entmündigung bestand nicht, von den Entmündigten waren nur 22% straffällig geworden.

### 9.2.3 Entlassungsmodus

Tabelle 15

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
Gesund entlassen	1%	1	0%	0	0,435
Gebessert entlassen	42%	48	31%	22	0,269
Unverändert entlassen	24%	28	34%	24	0,285
Verstorben	33%	38	35%	25	0,763

\*Signifikanzniveau

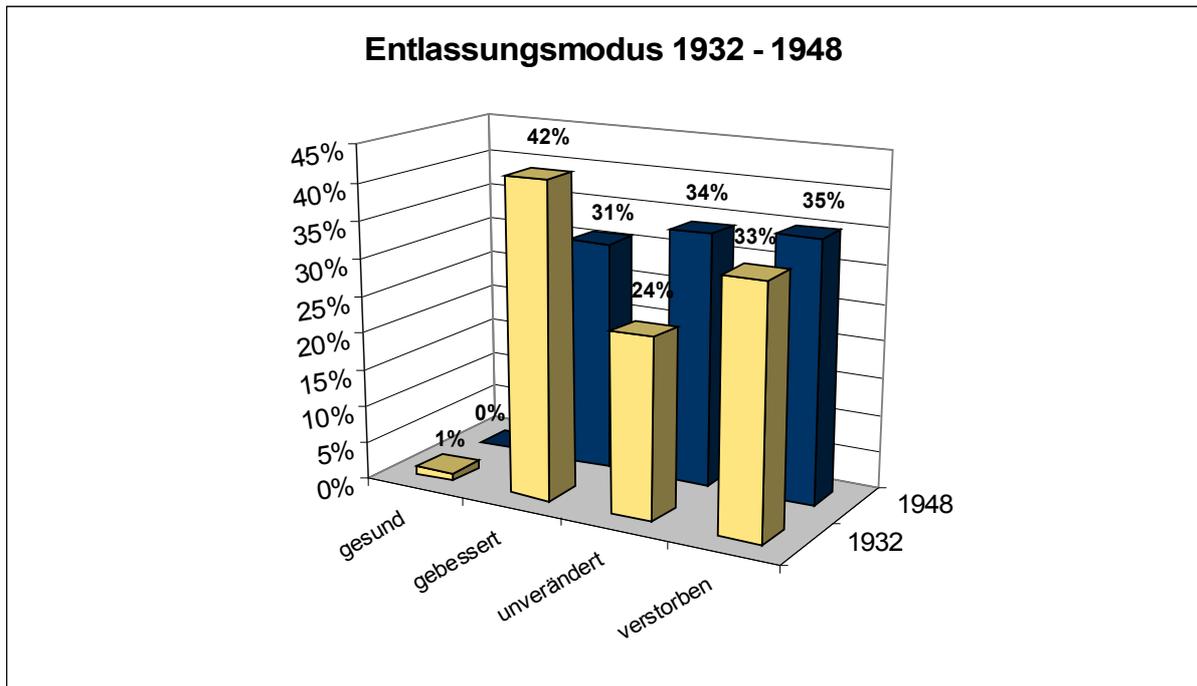


Abbildung 18

Zur Zeit der Weimarer Republik wurden die meisten Patienten gebessert entlassen, 1948 sind die meisten verstorben bzw. wurden mit unverändertem Gesundheitsstatus entlassen. Unter der Rubrik *gebessert* wurden auch diejenigen subsumiert, die beurlaubt wurden und später dann rückwirkend entlassen wurden, sowie die, die in Fürsorge entlassen waren. Vor dem Zweiten Weltkrieg wurden signifikant mehr ( $p=0,037$ ) Patienten beurlaubt als 1948. Die Anzahl derer, die in Fürsorge kamen, waren 1932 mit 34% im Vergleich zu 16% 1948 mehr als doppelt so hoch. Die Gruppe *unverändert entlassen* umfasste diejenigen, die verlegt wurden in andere Pflegeanstalten oder Krankenhäuser, die Patienten, die gegen ärztlichen Rat entlassen wurden und die, die entwichen sind. 1932 sind signifikant weniger ( $p=0,004$ ) Patienten entwichen und signifikant mehr ( $p=0,050$ ) Patienten, gegen ärztlichen Rat entlassen worden. Im Falle einer Verlegung wurden die Patienten meist in die Anstalt Marzig verlegt, aber auch ins Krankenhaus nach Heidelberg und Bergzabern, ins Altersheim Steigerwald, ins Landeserziehungsheim Queichheim, in die Haftanstalt Gernersheim, in das Internierungslager Fortkaserne Landau und in die Arbeiterkolonie Schernau. Die Heilerfolge in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster am Ende des 19. Jahrhunderts sind laut der Untersuchung von Leibrock (1998) beachtlich, demnach konnten 40 % der weiblichen und 35 % der männlichen Patienten als „geheilt“ oder „gebessert“ entlassen werden. Zeichnete die Behandlungsdauer, als Krite-

rium für die Therapieeffizienz, 1948 eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse ab, so zeigen die Entlassungsmodi eine gegenteilige Entwicklung. Dies kann auch durch die z.T. recht widersprüchliche Dokumentation zustande gekommen sein. So konnte es z.B. vorkommen, dass das Deckblatt der Krankenakte eine gebesserte Entlassung angab, während im ärztlichen Bericht stand, dass der Patient gegen ärztlichen Rat entlassen wurde.

Tabelle 16: **Todesursachen**

	<b>1932 (n=38)</b>		<b>1948 (n=25)</b>		<b>p*</b>
Keine Angaben	8%	3	16%	4	0,374
Cerebralsklerose	8%	3	0%	0	0,152
Progressive Paralyse	11%	4	0%	0	0,100
Nervöse Erschöpfung	21%	8	0%	0	0,013
Bakteriämie	13%	5	4%	1	0,348
Marasmus	5%	2	4%	1	0,703
Carcinom	0%	0	8%	2	0,087
Hirnödem	3%	1	8%	2	0,358
Herzversagen	13%	5	24%	6	0,212
Pneumonie	18%	7	36%	9	0,316

\*Signifikanzniveau

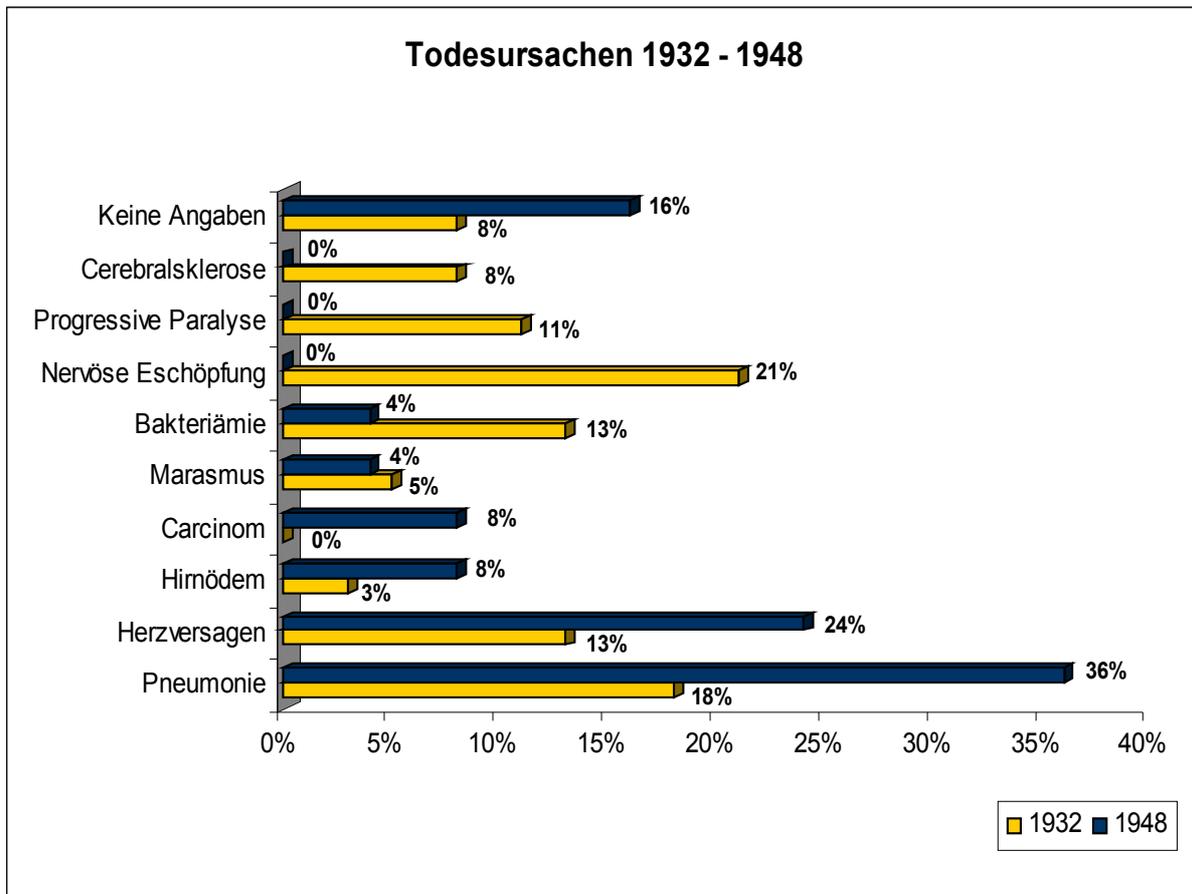


Abbildung 19

Einen signifikanten Unterschied ( $p=0,013$ ) bzgl. der Todesursache bei verstorbenen Patienten gab es zwischen den beiden Jahrgängen nur bei der nervösen Erschöpfung, sie war 1932 die häufigste Todesursache, gefolgt von der *Pneumonie*. 1948 war *Pneumonie* die häufigste Todesursache, gefolgt von *Herzversagen*. Die Todesursachen *nervöse Erschöpfung*, *Cerebralsklerose* und *Progressive Paralyse* tauchen 1948 nicht mehr auf. In den beiden Jahren 1932 und 1948 war die Schizophrenie und 1932 auch noch die Progressive Paralyse als Grunderkrankung der Verstorbenen angegeben.

### 9.3 Ärztliches Wirken

#### Merkmale:      **Diagnosen - Psychopathologische Angaben - Therapieangaben - Umgang mit Patienten**

Die aufgeführten Daten zeigen, dass die Ärzte in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ihre Basisaufgaben, nämlich Erhebung der Anamnese, körperliche Untersuchung und Dokumentation des Krankheitsverlaufs erfüllt haben. Lediglich die Dokumentation der Therapien war sehr lückenhaft.

Die Untersuchung der Krankenakten aus dem Jahre 1932 und 1948 nimmt zur Kategorisierung der Diagnosen die Diagnosetabellen des *Deutschen Vereins für Psychiatrie* als Grundlage, nach denen in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster klassifiziert wurde. Demnach wurden folgende Krankheitsformen unterschieden:

#### 9.3.1 Diagnosen

Tabelle 17

Schlüssel		1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
	Keine Angaben	1%	1	11%	8	0,000
1	Angeborener Schwachsinnszustand	2%	2	20%	14	0,000
3	Progressive Paralyse	11%	13	0%	0	0,005
5	Encephalitis epidemica	1%	1	0%	0	0,435
6	Psychische Störung des höheren Lebensalters	5%	6	24%	17	0,000
7	Huntingtonsche Chorea	2%	2	0%	0	0,270
8	Multiple Sklerose	1%	1	4%	3	0,303
9	Psychische Störung bei akuten Infektionen	2%	2	0%	0	0,270
10	Alkoholismus	3%	3	4%	3	0,539
11	Suchten (Morphinismus)	1%	1	1%	1	0,723
13	Epilepsie	6%	7	4%	3	0,610
14	Schizophrenie	44%	51	19%	13	0,004
15	Manisch-depressives Irresein	10%	12	3%	2	0,069
16	Psychopathische Persönlichkeit	3%	4	0%	0	0,119
17	Abnorme Reaktion	4%	5	6%	4	0,683
18	Psychopathische Kinder	1%	1	0%	0	0,435
21	Carcinom (nicht nervenkrank)	3%	3	4%	3	0,539

\*Signifikanzniveau

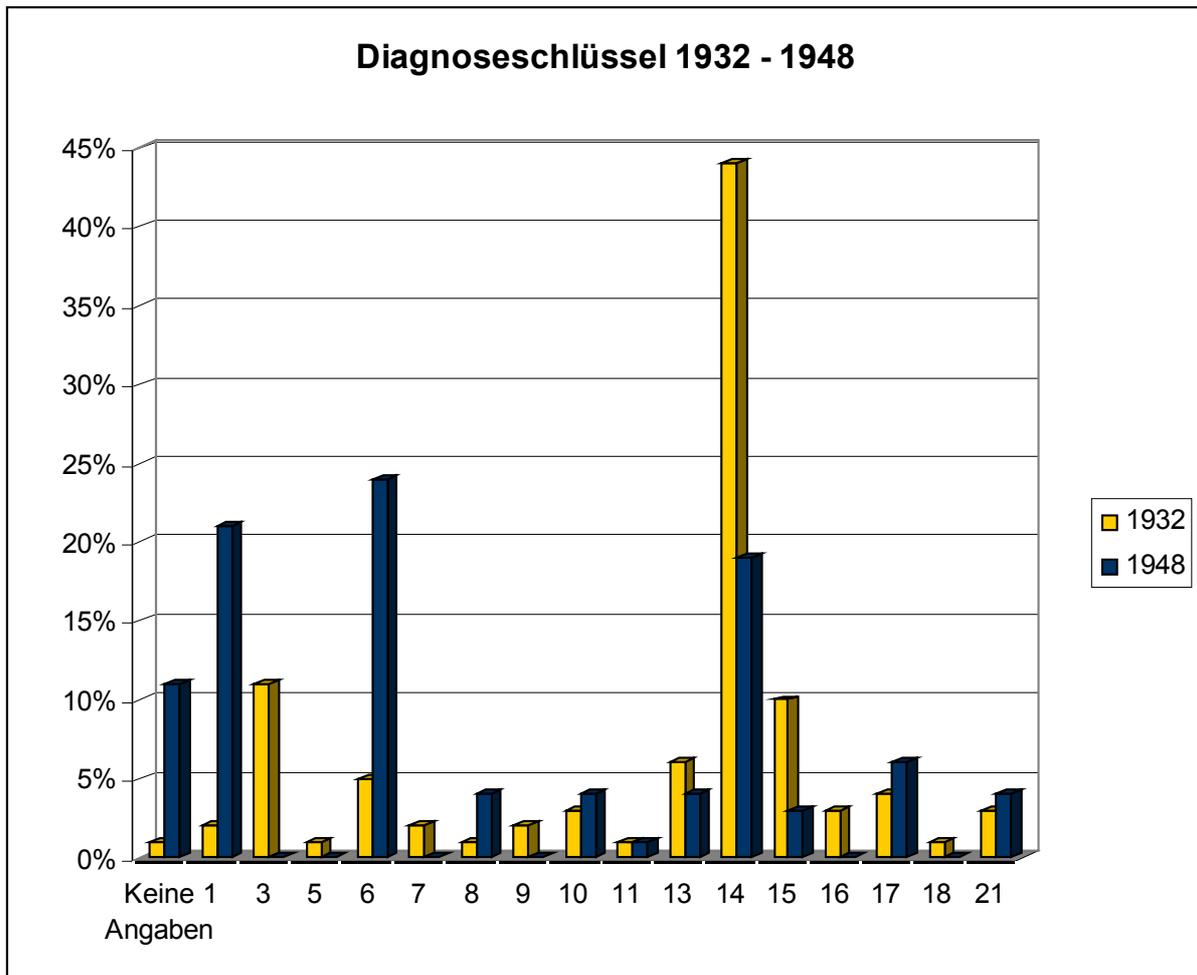


Abbildung 20

Der Deutsche Verein für Psychiatrie gab eine sog. *Irrenstatistik* heraus, die zusammengestellt wurde aus den Daten von 128 Heil- und Pflegeanstalten, 17 Universitätskliniken, 15 städtischen Kliniken und 96 Privatanstalten. Diese Statistik vom 01.01.1934 zeigt dieselbe prozentuale Verteilung psychischer Erkrankungen wie die hier erfassten Daten von 1932. Leichte Abweichungen gab es bei den Diagnosen *Psychische Störung des höheren Lebensalters* und der *Schizophrenie*. Beides Krankheitsbilder, die in Klingenmünster häufiger gestellt wurden als im restlichen Deutschland. Im Gegensatz dazu kamen in ganz Deutschland mit 9% *Nervenkrankheiten ohne psychische Störung* und mit 7% *ungeklärte Fälle*, Störungsbilder vor, die in Klingenmünster gar nicht diagnostiziert wurden.

Wie in Kapitel 7.2 bereits erwähnt, erhielten nach der Untersuchung von Leibrock (1998) in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster am Ende des 19. Jahrhunderts 24% aller Patienten die Diagnose *Melancholie* hatten, 21% *Tobsucht*, 14% *Verrückt-*

heit und 3% *Paralyse*.

Einem Korrespondenzbericht der „Pfälzer Abendzeitung“ aus dem Jahre 1950 mit dem Direktor der Heilanstalt Weissenau Prof. Ederle ist zu entnehmen, dass damals 60% aller Patienten in Weissenau an Schizophrenie litten. An zweiter Stelle standen die manisch-Depressiven gefolgt von den Epileptikern mit ca. 10%. Diese Angaben stehen im Widerspruch zu den hier erfassten Krankheitsbildern. In Klingenmünster gab es 1948 nur 19% Schizophrene, 2% Manisch-Depressive und 4% Epileptiker.

Vergleicht man die untersuchten Jahrgänge miteinander, so zeigen sich Unterschiede dergestalt, dass 1932 die Diagnose *Progressive Paralyse* und *Schizophrenie* signifikant häufiger gestellt wurde als 1948 ( $p=0,005$  bzw.  $0,004$ ). Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden dafür der *angeborene Schwachsinnszustand* und die *Psychische Störung des höheren Lebensalters* signifikant häufiger diagnostiziert ( $p=0$ ). Dies könnte an einer unterschiedlichen Klassifikation zwischen den beiden Jahrgängen liegen. Betrachtet man die Psychopathologien der beiden Krankheitsbilder *angeborener Schwachsinnszustand* und die *Psychische Störung des höheren Lebensalters*, so waren die dominierenden Symptome beim *angeborenen Schwachsinn* kognitive Leistungseinbußen und bei den *senilen* Patienten die Desorientierung und Verwirrtheit. Warum diese beiden Patientengruppen 1948 vergleichsweise stark vertreten sind, könnte daran liegen, dass für sie im Kriegsgeschehen keine Verwendung gefunden wurde und deshalb in dieser Gruppe wahrscheinlich weniger Gefallene zu verzeichnen sind. Außerdem handelt es sich um Patienten, die einen großen pflegerischen bzw. betreuerischen Aufwand benötigten, der in der Nachkriegszeit für die Angehörigen evtl. schwieriger aufzubringen war als zuvor.

Vergleicht man nun die Symptome der Schizophrenie mit denen der Progressiven Paralyse, so haben zwar beide Krankheitsbilder die gesteigerte Erregung als Hauptcharakteristikum (vgl. Tabelle 20), die anderen Symptome unterschieden sich jedoch. Die meisten Schizophrenieerkrankten hatten neben der starken Erregung Halluzinationen und Wahnvorstellungen als Symptome, die Patienten mit Progressiver Paralyse litten v.a. an kognitiven Defiziten (vgl. Kapitel 9.3.2). Die Tatsache, dass 1948 kein Patient mit Progressiver Paralyse in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgenommen wurde, mag daran liegen, dass bei der Progressiven Paralyse in den 30er Jahren mit der wirksamen Malariakur und Salvarsantherapie eine recht hohe Remissionsrate erzielt wurde und sie deshalb Ende der 40er Jahre allgemein seltener auftrat.

**Tabelle 18: Vergleich der Diagnosen der beiden Jahrgänge hinsichtlich sozialer und demographischer Merkmale**

	Geschlecht		Familienstand		Kinderanzahl		Konfession		Einzugsgebiet		Alter		Beruf	
	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948
keine	männlich	männlich	ledig	ledig	0	0,6	protestan.	katholisch	18 Km	79 Km	57 Jahre	44 Jahre	Arbeiter	ohne
1	m.&w.	männlich	ledig	ledig	1,5	1,5	katholisch	protestan.	25 Km	53 Km	35 Jahre	39 Jahre	Arbeiter	ohne
3	männlich	nicht vorh.	verheiratet	nicht vorh.	1,3	nicht vorh.	protestan.	nicht vorh.	47 Km	nicht vorh.	48 Jahre	nicht vorh.	ohne	nicht vorh.
5	männlich	nicht vorh.	ledig	nicht vorh.	0	nicht vorh.	protestan.	nicht vorh.	62 Km	nicht vorh.	33 Jahre	nicht vorh.	Landwirt	nicht vorh.
6	weiblich	männlich	verwitwet	verheiratet	1,2	1,8	protestan.	katholisch	57 Km	36 Km	70 Jahre	64 Jahre	ohne	ohne
7	weiblich	nicht vorh.	verwitwet	nicht vorh.	2,5	nicht vorh.	katholisch	nicht vorh.	27 Km	nicht vorh.	42 Jahre	nicht vorh.	ohne	nicht vorh.
8	weiblich	männlich	verheiratet	verheiratet	1,0	2,0	katholisch	katholisch	32 Km	90 Km	20 Jahre	44 Jahre	ohne	Invalide
9	weiblich	nicht vorh.	verheiratet	nicht vorh.	4,0	nicht vorh.	protestan.	nicht vorh.	13 Km	nicht vorh.	53 Jahre	nicht vorh.	ohne	nicht vorh.
10	männlich	weiblich	verheiratet	verheiratet	3,3	1,3	katholisch	katholisch	64 Km	53 Km	46 Jahre	43 Jahre	Arbeiter	ohne
11	männlich	männlich	verheiratet	ledig	8	0	katholisch	katholisch	67 Km	41 Km	55 Jahre	28 Jahre	Arbeiter	Landwirt
13	männlich	männlich	ledig	ledig	0	0,3	protestan.	protestan.	30 Km	32 Km	41 Jahre	22 Jahre	Landwirt	Handwerker
14	weiblich	männlich	verheiratet	ledig	1,5	0,8	kath./prot.	katholisch	33 Km	98 Km	40 Jahre	37 Jahre	ohne	ohne
15	weiblich	männlich	verheiratet	getrennt lebend	1,6	2,5	kath./prot.	protestan.	43 Km	56 Km	42 Jahre	71 Jahre	ohne	Kaufmann
16	männlich	nicht vorh.	ledig	nicht vorh.	0	nicht vorh.	katholisch	nicht vorh.	58 Km	nicht vorh.	22 Jahre	nicht vorh.	ohne	nicht vorh.
17	männlich	männlich	ledig/verh.	verheiratet	2,0	2,7	katholisch	protestan.	29 Km	61 Km	54 Jahre	56 Jahre	Arbeiter	Arbeiter
18	männlich	nicht vorh.	ledig	nicht vorh.	0	nicht vorh.	protestan.	nicht vorh.	59 Km	nicht vorh.	13 Jahre	nicht vorh.	ohne	nicht vorh.
21	männlich	männlich	verheiratet	verwitwet	0,7	2,0	keine	katholisch	61 Km	40 Km	47 Jahre	67 Jahre	Akademiker	Angestellter

	Frühere Aufenthalte*		Entmündigung*		Straffälligkeit*		Versorgungskasse*		Kostenträger*		Behandlungsdauer**		Zwangssterilisation*		Entlassungsmodus*	
	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948	1932	1948
<b>keine</b>	nein	ja	nein	ja	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Selb. Zahl.	Lfv.	70 Mon.	11 Mon.	nein	nein	verlegt	verlegt
<b>1</b>	nein	nein	nein	nein	ja	nein	3. Klasse	3. Klasse	Bfv	Lfv	2 Mon.	20 Mon.	ja	nein	unverändert	verlegt
<b>3</b>	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	3. Klasse	nicht vorh.	Selb. Zahl.	nicht vorh.	31 Mon.	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	verstorben	nicht vorh.
<b>5</b>	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	3. Klasse	nicht vorh.	Selb. Zahl.	nicht vorh.	0 Mon.	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	verstorben	nicht vorh.
<b>6</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Bfv.	Lfv./Selb. Zahl.	8 Mon.	6 Mon.	nein	nein	verstorben	verstorben
<b>7</b>	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	ja	nicht vorh.	3. Klasse	nicht vorh.	Bfv./Lfv.	nicht vorh.	36 Mon.	nicht vorh.	ja	nicht vorh.	verstorben	nicht vorh.
<b>8</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Krankenk.	Lfv.	1 Mon.	14 Mon.	nein	nein	verstorben	verlegt
<b>9</b>	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	3. Klasse	nicht vorh.	OFB	nicht vorh.	1 Mon.	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	verstorben	nicht vorh.
<b>10</b>	nein	ja	ja	nein	ja	ja	3. Klasse	3. Klasse	OFB	Selb. Zahl.	5 Mon.	3 Mon.	nein	nein	gebess. entl.	gebess. entl.
<b>11</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Lfv.	Krankenk.	1 Mon.	95 Mon.	nein	nein	gebess. entl.	entw.
<b>13</b>	ja	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Lfv.	Lfv.	58 Mon.	20 Mon.	nein	nein	verstorben	gebess. entl.
<b>14</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Lfv./Selb. Zahl.	Selb. Zahl.	29 Mon.	6 Mon.	nein	nein	verstorben	Fürsorge
<b>15</b>	nein	nein	nein	Vormund	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Bfv.	Selb. Zahl.	7 Mon.	5 Mon.	nein	nein	Fürsorge	gebess. entl.
<b>16</b>	nein	nicht vorh.	Vormund	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	3. Klasse	nicht vorh.	Bfv.	nicht vorh.	1 Mon.	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	verlegt	nicht vorh.
<b>17</b>	nein	nein	nein	Vormund	nein	ja	3. Klasse	3. Klasse	Krankenk/Bfv.	Bfv.	7 Mon.	2 Mon.	nein	nein	geg. ärztl. Rat	gebess. entl.
<b>18</b>	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	Keine Ang.	nicht vorh.	keine Ang.	nicht vorh.	38 Mon.	nicht vorh.	nein	nicht vorh.	verstorben	nicht vorh.
<b>21</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein	3. Klasse	3. Klasse	Selb. Zahl.	Bfv.	1 Mon.	2 Mon.	nein	nein	unv. entl.	verstorben

\* Die Angaben beziehen sich auf das häufigste Auftreten innerhalb einer Merkmalsgruppe

\*\* Die Angaben beziehen sich auf das arithmetische Mittel

Die Patientengruppe mit der Diagnose *angeborener Schwachsinn*, ist 1948 stärker vertreten, kommt aus einem größeren Einzugsgebiet und hat eine bedeutend längere Behandlungsdauer als 1932. Die beiden Patienten von 1932 waren beide straffällig geworden, die von 1948 nicht.

Die *Progressive Paralyse* und die *Encephalitis epidemica* kamen 1948 gar nicht vor, sodass ein Vergleich nicht möglich ist.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es bedeutend mehr Patienten mit dem Krankheitsbild *Psychische Störung des höheren Lebensalters* im Vergleich zu 1932. Sie waren männlich, jünger, kamen aus einem kleineren Einzugsgebiet, waren eher Selbstzahler und hatten eine geringere Behandlungsdauer.

Die *Chorea Huntington* kam 1948 nicht vor, sodass auch hier kein Vergleich möglich ist. Die beiden Patienten von 1932 waren weiblich, Anfang 40, waren straffällig geworden und wurden aufgrund der Gefahr der Vererbbarkeit der Erkrankung zwangssterilisiert, wobei sie beide bereits mehrere Kinder hatten.

Patienten, die an *Multipler Sklerose* litten, gab es nach dem Krieg häufiger (n=3). Sie kamen aus einem größeren Einzugsgebiet, waren älter, hatten einen längeren Aufenthalt und wurden in Krankenhäuser verlegt, im Vergleich dazu sind 1932 die meisten verstorben.

Die Erkrankung *Psychische Störung nach akuten Infektionen* gab es 1948 nicht, sodass kein Vergleich mit 1932 möglich ist.

Unter den *Alkoholkranken* (n=3) gab es 1948 mehr Frauen, die weniger Kinder hatten, zuvor schon in Psychiatrien waren und bei denen in der Regel die Angehörigen die Kosten übernahmen. Bei beiden Jahrgängen waren die alkoholkranken Patienten straffällig geworden, 1932 waren die meisten sogar entmündigt.

Bei den *Suchtkranken* (n=1) gab es große Unterschiede hinsichtlich der Kinderzahl, dergestalt, dass der Patient von 1932 8 Kinder hatte und der von 1948 gar keine. Dies ist sicherlich mit dem ledigen Familienstand 1948 zu erklären. Der Patient von 1932 kam aus einem größeren Einzugsgebiet, war älter, hatte eine bedeutend kürzere Behandlungsdauer (1 versus 95 Monate) und wurde gebessert entlassen, der von 1948 ist entwichen.

Unter den *Epileptikern* war die Patientengruppe 1932 größer, im Schnitt älter, hatte frühere Psychiatrieaufenthalte, war länger in der Heilanstalt und war meistens verstorben im Vergleich zu 1948, als diese Patienten in der Regel gebessert entlassen wurden.

Die größte Patientengruppe 1932 waren die *schizophrenen Patienten*. Im Vergleich zu 1948 waren sie meist weiblich, verheiratet, hatten im Durchschnitt 1-2 Kinder, kamen aus einem kleineren Einzugsgebiet, waren älter, hatten einen längeren Aufenthalt und sind meist verstorben, die Schizophrenen nach dem Krieg wurden zum Großteil in die Offene Fürsorge entlassen.

Bei den Patienten mit der Diagnose *manisch-depressives Irresein* handelt es sich 1932 um die größere Patientengruppe (10% versus 3%), die eher depressive Symptome aufzeigt. Sie ist vorwiegend weiblich, verheiratet, jünger und ohne Beruf. Im Gegensatz dazu ist die Gruppe nach dem Zweiten Weltkrieg mit zwei Patienten recht klein, wobei hier die Manie im Vordergrund steht. So ist die Vormundschaft bei beiden Patienten in dieser Gruppe nicht verwunderlich.

Die *psychopathische Persönlichkeit* gab es nach dem Krieg nicht mehr. 1932 war es eine kleine Gruppe von vier Patienten, die ledig waren, keine Kinder hatten, jung waren ohne Beruf, unter Vormundschaft standen, kurze Verweildauer hatten und in der Regel in andere Kliniken verlegt wurden.

Bei der Diagnose *Abnorme Reaktion* war bei beiden Jahrgängen meist eine depressive Reaktion gemeint, 1948 auch Querulantenwahn, was zur Straffälligkeit und Vormundschaft in dieser Gruppe führte. Weitere Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bezüglich Konfession, Einzugsgebiet, Behandlungsdauer und Entlassungsmodus dergestalt, dass die meisten Patienten von 1932 gegen ärztlichen Rat nach Hause gingen.

Die Gruppe der *Psychopathischen Kinder* kam 1948 nicht vor, betraf 1932 auch nur ein Kind, welches 13 Jahre alt war, 38 Monate in Klingenmünster stationär war, bis es an einer Pyelonephritis starb.

Bei den Patientengruppen, die an einem *Carcinom* erkrankt waren, gab es zwischen den beiden Jahrgängen keine Unterschiede bzgl. der Größe, wobei die Gruppe von 1932 jünger und verheiratet war, häufig Akademiker aufwies, die Patienten kamen für die Behandlungskosten selber auf und wurden in einem unveränderten Zustand entlassen.

### 9.3.2 Psychopathologische Angaben

Tabelle 19

	1932		1948		p*
	n=612 (Mehrfachnennungen)		n=295 (Mehrfachnennungen)		
Keine Angaben	5%	31	2%	7	0,014
Keine Psychopathologien	0%	3	2%	5	0,118
Halluzinationen <sup>1</sup>	7%	42	2%	7	0,002
Wahnvorstellungen <sup>2</sup>	8%	52	4%	12	0,004
Orientierung	5%	29	7%	21	0,360
Suizidalität	5%	28	4%	11	0,323
Erregungszustände	14%	83	13%	38	0,257
Depression	9%	54	7%	20	0,082
Aggression	10%	60	11%	32	0,731
Gewalttätigkeit	10%	58	8%	22	0,122
Angst	4%	26	3%	10	0,310
Formale Denkstörung <sup>3</sup>	3%	20	2%	7	0,285
Störung des Selbst <sup>4</sup>	0%	3	2%	5	0,115
Psychomotorische Störung <sup>5</sup>	9%	53	11%	33	0,618
Verwirrtheit	6%	38	10%	29	0,201
Kognitive Defizite <sup>6</sup>	5%	32	12%	36	0,006

<sup>1</sup> Stimmenhören, optische Halluzinationen

<sup>2</sup> Verfolgungswahn, Beeinflussungswahn, Gedankeneingebung

<sup>3</sup> Zerfahrenheit und Inkohärenz

<sup>4</sup> Derealisation oder Depersonalisation

<sup>5</sup> Katatone Erregung, maniert/bizarr

<sup>6</sup> Gedächtnisstörungen

\*Signifikanzniveau

Vor und nach dem Zweiten Weltkrieg zusammen betrachtet, wurden als häufigste Psychopathologien erfasst: Erregungszustände (27%), Aggressivität (21%), psychomotorische Störung (20%), Gewalttätigkeit (18%), kognitive Defizite (17%) und Verwirrtheit (16%). Der Vergleich der beiden Jahrgänge zeigt einen signifikanten Unterschied bei den *kognitiven Defiziten*, den *Wahnvorstellungen* und den *Halluzinationen*. Die *kognitiven Defizite* wurden in der Nachkriegszeit signifikant häufiger diagnostiziert ( $p=0,006$ ). Zu vermuten ist, dass dies mit dem 1948 häufiger auftretendem Krankheitsbild *Psychische Störung des höheren Lebensalters* zusammenhängt. Im Gegensatz dazu, wurden *Halluzinationen* und *Wahnvorstellungen* 1932 signifikant häufiger diagnostiziert ( $p=0,004$  bzw.  $p=0,002$ ) als 1948, was wahrscheinlich auf das 1932 häufiger auftretende Krankheitsbild *Schizophrenie* zurückzuführen ist.

Tabelle 20: **Aufschlüsselung der Psychopathologien anhand der Diagnose-schlüssel 1932 und 1948**

<b>1932</b>	<b>1</b> n=2	<b>3</b> n=13	<b>5</b> n=1	<b>6</b> n=6	<b>7</b> n=2	<b>8</b> n=1	<b>9</b> n=2	<b>10</b> n=3	<b>11</b> n=1	<b>13</b> n=7	<b>14</b> n=51	<b>15</b> n=12	<b>16</b> n=4	<b>17</b> n=5	<b>18</b> n=1	<b>21</b> n=3
<b>Keine</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
<b>Halluzinationen</b>	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	33	4	0	2	0	0
<b>Wahnvorstellung</b>	0	4	0	3	0	0	2	0	0	1	33	6	0	2	0	0
<b>Desorientierung</b>	0	3	0	1	1	1	1	1	0	1	16	2	0	2	0	0
<b>Suizidalität</b>	0	2	0	2	2	0	2	0	0	0	9	8	1	2	0	1
<b>Erregung</b>	1	10	1	5	2	0	2	2	0	6	41	7	1	3	0	0
<b>Depression</b>	0	4	1	4	2	1	2	0	1	3	23	9	1	3	0	2
<b>Aggression</b>	1	7	1	4	2	0	1	3	0	3	27	3	2	3	0	1
<b>Gewalttätigkeit</b>	1	5	1	3	1	0	1	3	0	5	30	3	1	3	0	0
<b>Angst</b>	0	2	0	1	0	0	1	0	0	1	14	5	0	1	0	0
<b>Formale Denkst.</b>	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	12	3	0	1	0	0
<b>Störung d. Selbst</b>	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0
<b>Psychomotor. St.</b>	0	8	0	3	2	0	1	0	0	0	28	4	1	3	0	0
<b>Verwirrtheit</b>	0	6	1	4	1	0	1	0	0	3	19	2	0	1	0	0
<b>Kognitive Defizite</b>	2	8	1	3	2	0	0	1	0	3	9	2	1	1	0	0

<b>1948</b>	<b>1</b> n=14	<b>3</b> n=0	<b>5</b> n=0	<b>6</b> n=17	<b>7</b> n=0	<b>8</b> n=3	<b>9</b> n=0	<b>10</b> n=3	<b>11</b> n=1	<b>13</b> n=3	<b>14</b> n=13	<b>15</b> n=2	<b>16</b> n=0	<b>17</b> n=4	<b>18</b> n=0	<b>21</b> n=3
<b>Keine</b>	0	-	-	0	-	0	-	0	0	0	0	0	-	0	-	3
<b>Halluzinationen</b>	0	-	-	0	-	0	-	0	0	0	6	0	-	1	-	0
<b>Wahnvorstellung</b>	0	-	-	1	-	1	-	0	0	0	8	1	-	1	-	0
<b>Desorientierung</b>	3	-	-	15	-	1	-	0	0	0	2	0	-	0	-	0
<b>Suizidalität</b>	0	-	-	1	-	0	-	0	0	0	7	0	-	3	-	0
<b>Erregung</b>	7	-	-	8	-	3	-	3	1	1	10	2	-	2	-	0
<b>Depression</b>	0	-	-	5	-	2	-	0	1	0	7	1	-	4	-	0
<b>Aggression</b>	6	-	-	7	-	2	-	3	1	0	7	2	-	2	-	0
<b>Gewalttätigkeit</b>	6	-	-	4	-	1	-	3	1	0	4	0	-	2	-	0
<b>Angst</b>	0	-	-	3	-	0	-	0	0	0	5	0	-	2	-	0
<b>Formale Denkst.</b>	0	-	-	3	-	0	-	0	0	0	4	0	-	0	-	0
<b>Störung d. Selbst</b>	0	-	-	1	-	0	-	0	0	0	3	1	-	0	-	0
<b>Psychomotor. St.</b>	5	-	-	10	-	2	-	1	1	0	10	2	-	2	-	0
<b>Verwirrtheit</b>	6	-	-	13	-	1	-	0	0	1	4	0	-	1	-	0
<b>Kognitive Defizite</b>	14	-	-	14	-	3	-	0	0	1	0	0	-	1	-	0

n=Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen)

Beim Diagnoseschlüssel 1, dem *angeborenen Schwachsinnzustand* werden bei beiden Jahrgängen *kognitive Defizite* als Kerncharakteristikum aufgeführt, darüber hinaus eine erhöhte Erregung, nebst Neigungen zu Aggression und Gewalttätigkeit. Da sich 1932 nur zwei Patienten mit dieser Diagnose in der Heilanstalt Klingenmünster befanden, im Gegensatz zu 1948 mit 14 Patienten, sind die Angaben von 1948 aussagekräftiger. Diese beschreiben weiters Desorientierung und Verwirrtheit, welche mit dem Hauptsymptom kognitive Defizite vergesellschaftet sind, sowie eine psychomotorische Störung im Sinne von Überaktivität. Dieselben Symptomangaben finden sich in den damals gängigen Lehrbüchern.

Die Diagnose *Progressive Paralyse* kommt nach dem Zweiten Weltkrieg gar nicht mehr vor, zur Zeit der Weimarer Republik wird sie aber bei 13 Patienten gestellt. Leitsymptom ist das erhöhte Erregungsniveau, gefolgt von Hyperaktivität, kognitiven Leistungseinbußen und Aggression. Auch hier decken sich die Angaben mit denen der damaligen Lehrmeinung. Auffällig ist hierbei, dass bei diesem Krankheitsbild alle möglichen Psychopathologien auftreten. In mehreren Krankenakten aus dem Jahre 1948 war zunächst die Diagnose Progressive Paralyse eingetragen worden, später durchgestrichen und durch die Diagnose Schizophrenie ersetzt worden. Das legt den Verdacht nahe, dass 1948 anstatt der Progressiven Paralyse vermehrt die Schizophrenie klassifiziert wurde und es somit 1948 zu einem signifikant geringeren Auftreten der Progressiven Paralyse und einem signifikant erhöhten Auftreten der Schizophrenie kam im Vergleich zu 1932. Da sich die beiden Krankheitsbilder bzgl. ihrer Leitsymptome wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen stark unterschieden, ist eine Verwechslung der Krankheitsbilder nur schwer nachvollziehbar.

Ein sehr selten auftretendes Krankheitsbild war 1932 die *Encephalitis epidemica*, die 1948 gar nicht vorkam, 1932 bei nur einem Patienten. Sie ging einher mit einer erhöhten Erregung, Aggression, Gewalttätigkeit, Verwirrtheit, kognitiven Defiziten und einer depressiven Symptomatik.

Ähnlich wie beim Krankheitsbild angeborener Schwachsinnzustand verhält es sich bei der Diagnose *Psychische Störung des höheren Lebensalters*. Auch hier wurde die Diagnose 1948 signifikant öfter gestellt als 1932 (24% versus 5%). Deshalb ist auch die Patientengruppe aus dem Jahre 1948 aussagekräftiger. Die Kernsymptome sind Desorientierung, kognitive Defizite und Verwirrtheit. 1932 ging dieses Krankheitsbild zusätzlich mit einem erhöhten Erregungsniveau, Depression und Aggression einher. Je nach Form der psychischen Störung des höheren Lebensalters variiere-

ren die Symptome, die in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster nicht näher unterteilt wurden, z.B. in arteriosklerotische, präsenile oder senile Formen.

Die *Huntingtonsche Chorea* kam 1948 gar nicht vor, 1932 nur zweimal, was an dem generell eher seltenen Auftreten dieser Erkrankung liegen kann. Psychopathologien waren v.a. Hyperaktivität, kognitive Defizite, starke Erregung, Aggression, Depression und Suizidalität. Die Nennung der Symptome deckt sich mit denen der damaligen Lehrbuchangaben.

Auch die *Multiple Sklerose* kam in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster selten vor, 1932 nur einmal, 1948 dreimal. Die hauptsächlichsten psychischen Auffälligkeiten, neben neurologischen Defiziten waren 1948 kognitive Defizite und ein erhöhtes Erregungsniveau, 1932 Desorientierung und Depression. Die Symptomatik unterscheidet sich hier ziemlich, doch aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Aussagekraft sehr eingeschränkt. Außerdem sind die Psychopathologien von der Schwere der Erkrankung bestimmt und können dadurch variieren.

Die Diagnose *Psychische Störung bei akuten Infektionen* kam 1948 gar nicht vor, 1932 nur zweimal. Beide Male handelte es sich um eine Urämie. Die psychischen Auffälligkeiten äußerten sich in Form von Wahnvorstellungen, erhöhter Erregung, Depression und Suizidalität.

Gemeinsame Symptome 1932 und 1948 beim *Alkoholismus* waren das erhöhte Erregungsniveau, Aggression und Gewalttätigkeit. Letzteres führte bei allen Patienten zur Einweisung in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Die Gewalttätigkeit richtete sich fast immer gegen Familienmitglieder und bestand zum Teil schon seit Jahren. Kognitive Störungen, wie sie in den Lehrbüchern als Folge des Alkoholismus beschrieben waren, wurden nicht diagnostiziert.

Die Anzahl der *Suchtkranken* im Sinne von Morphinismus war vor und nach dem Zweiten Weltkrieg mit je einem Patienten sehr klein. Bei beiden Patienten ging eine chronische, schmerzhafteste Erkrankung voraus, die unabhängig vom Kriegsgeschehen war. Übereinstimmendes Symptom zwischen den beiden Jahrgängen war die Depression. Auch hier waren keine kognitiven Defizite feststellbar, wie es für den Morphinismus typisch war.

Als gemeinsames Symptom in beiden untersuchten Jahrgängen hat die Diagnose *Epilepsie* die Erregung, gefolgt von Verwirrtheit und kognitiven Defiziten. Auch hier ist die Aussagekraft der Klassifikation von 1948 aufgrund der kleinen Stichprobe gering. Signifikante Unterschiede gibt es keine. Die Symptomangaben entsprechen den

Angaben der Lehrbücher.

Das Krankheitsbild *Schizophrenie* wurde zur Zeit der Weimarer Republik in Klingenmünster mehr als doppelt so häufig gestellt wie in der Nachkriegszeit. Beide Male wurde als Hauptsymptom ein erhöhter Erregungszustand angegeben. Bei beiden Jahrgängen kamen nahezu alle Psychopathologien vor, am häufigsten nach der Erregung die Hyperaktivität, Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aggression und Depression. Kaum genannt wurde die Störung des Selbstgefühls (Derealisation, Depersonalisation), was nach heutigen Gesichtspunkten als ein klassisches Schizophrenie-Symptom gilt. Gründe hierfür sind am ehesten in der oft unzureichenden Dokumentation des Krankheitsverlaufes zu sehen, aus der dieses Symptom hätte ersehen werden können. Einen signifikanten Unterschied zwischen den Jahrgängen gab es bei den Wahnvorstellungen und Halluzinationen, die 1932 bedeutend öfter erfasst wurde. Im Gegensatz dazu bestand 1948 eine höhere Suizidgefahr bei den schizophren Erkrankten im Vergleich zu 1932. Im übrigen deckten sich die psychopathologischen Auffälligkeiten mit denen der damaligen Lehrmeinung.

Die Patientengruppe der *manisch-Depressiven* von 1948 war mit zwei Patienten sehr klein und spiegelte eher die manische Phase der Erkrankung wider mit erhöhter Erregung, Aggression und psychomotorischer Unruhe. Im Gegensatz dazu gab es 1932 v.a. Depression, Suizidgefahr, Wahnvorstellungen und Erregung. Auffallend ist, dass die Patientengruppe von 1932 viele verschiedene Psychopathologien zeigte, die von 1948 nur wenige. Diese beiden Haupterscheinungsformen Melancholie und Manie werden in der Fachliteratur der damaligen Zeit genauso beschrieben wie in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.

Das Krankheitsbild *Psychopathische Persönlichkeit* trat 1948 gar nicht auf, 1932 bei nur 3% der Patienten in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Kerncharakteristikum war die Aggression, gefolgt von Gewalttätigkeit, Erregung, Unruhe, kognitiven Defiziten in Form von Aufmerksamkeitsstörungen, Depression und Suizidgefahr. In den damaligen Lehrbüchern wurden Kranke als Psychopathen bezeichnet, wenn sie sich durch bestimmte Charakterzüge und Handlungsweisen von der gesellschaftlichen Norm abhoben. Dies konnte auf vielseitige Weise geschehen, sodass die Symptome auch vielseitig sein konnten.

Die *Abnorme Reaktion* wurde 1932 und 1948 ähnlich kategorisiert, i.e. als Leitsymptom übereinstimmend die Depression, gefolgt von Erregung, Aggression, Gewalttätigkeit und Suizidalität. Als Auslöser für die abnorme Reaktion wurden bei keinem

Patienten die Kriegsgeschehnisse im Sinne einer Kriegsneurose angegeben, sondern familiäre Probleme wie Verlust von Familienangehörigen oder familiäre Streitigkeiten. Eine genauere Unterteilung in paranoische, depressive oder andere Reaktionen wurde in Klingenmünster nicht gemacht.

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es keinen Patienten mit der Diagnose *Psychopathische Kinder*, 1932 wurde nur ein 13-jähriger Junge mit dieser Diagnose in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgenommen, wobei die Klassifikation mehr auf Kind als auf psychopathisch liegt, da er nach Anamneseerhebung durch den Stationsarzt keine psychischen Auffälligkeiten zeigte.

Die meisten Patienten mit der Diagnose *Carcinom* (Dickdarm- und Bronchial-Carcinom) waren weder vor noch nach dem Zweiten Weltkrieg nervenkrank, sondern zeigten im Zuge der Krankheitsverarbeitung Schwermütigkeit, Suizidalität und Aggression.

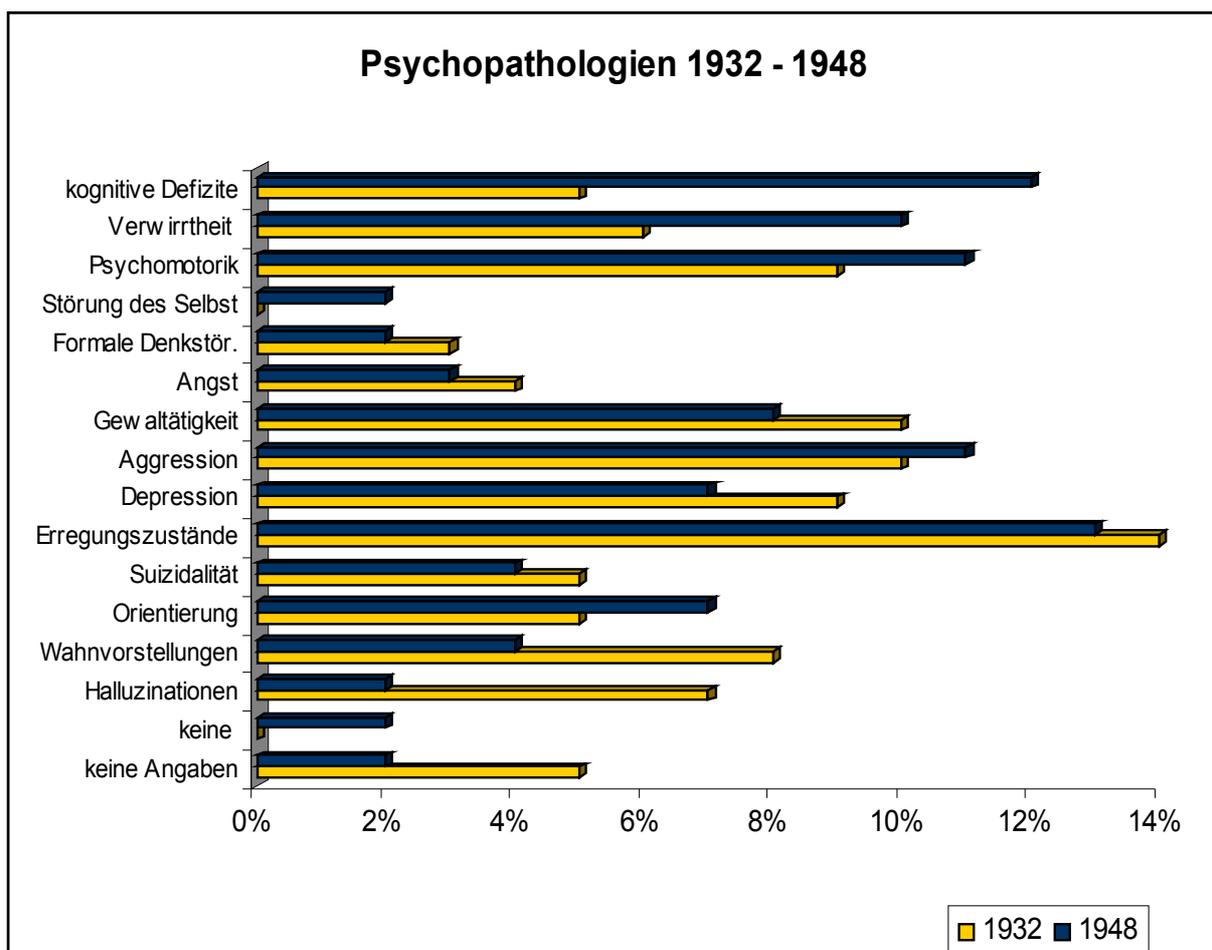


Abbildung 21

An dieser Stelle sollte die Frage diskutiert werden, inwieweit ein Krieg als traumatisierendes Ereignis Auswirkungen auf die Krankheitsbilder hat. Da es für die Kriegsneurose zum damaligen Zeitpunkt keinen expliziten Diagnoseschlüssel gab, sondern das Krankheitsbild unter dem Diagnoseschlüssel 17 'Abnorme Reaktion' subsumiert war, muss diese Frage anhand der Psychopathologien geklärt werden.

Der Terminus Kriegsneurose findet heutzutage nur noch selten Anwendung im medizinischen Sprachgebrauch. Nach ICD-10 (F 43.0) wird sie akute Belastungsreaktion genannt. Diese Reaktion auf außergewöhnliche physische oder psychische Belastungen kann bei jedem psychisch nicht manifest gestörten Menschen eine vorübergehende Störung hervorrufen.

Diese zeigt sich in Bewusstseinsengung, eingeschränkter Aufmerksamkeit und Reizverarbeitung, Desorientierung, Sichzurückziehen oder Unruhezustand mit Überaktivität. Auch treten meist vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachycardie und Schwitzen auf. Weitere Symptome einer akuten Belastungsreaktion: Krisenreaktion, Krisenzustand, psychischer Schock.

Bei der Auswertung der Krankenakten fiel auf, dass der Begriff Kriegsneurose nirgendwo erwähnt wurde. In den Krankenakten von 1948 war nichts zu lesen von den Folgen des Krieges, auch die Diagnose *Abnorme Reaktion* trat nach dem Zweiten Weltkrieg nicht signifikant häufiger auf ( $p=0,683$ ). Dies könnte zum einen daran liegen, dass es sich hierbei um eine akute Reaktion handelt, die eher in den Kriegsjahren bzw. unmittelbar nach Kriegsende aufgetreten ist und nicht erst 1948. Zum anderen wurden Kriegsneurotiker (vgl. Kapitel 3.1) in der Militärpsychiatrie behandelt und nur dann in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt, wenn die Bemühungen wegen Aussichtslosigkeit eingestellt wurden. Dort konnte es passieren, dass sie von der T4-Aktion erfasst wurden, sodass einige Kriegsneurotiker in Vernichtungsanstalten getötet wurden.

Betrachtet man aus heutiger Sicht die Psychopathologien, die bei einer akuten Belastungsreaktion auftreten können (siehe oben) und vergleicht unter diesem Aspekt die beiden Jahrgänge 1932 und 1948 miteinander, so traten folgende Symptome nach dem Zweiten Weltkrieg häufiger auf: Desorientierung (5% vs. 7%), Aggression (10% vs. 11%), Störung des Selbst (0% vs. 2%), psychomotorische Störung (9% vs. 11%), Verwirrtheit (6% vs. 10%) und kognitive Defizite. Letztere traten 1948 mit 12% versus 5% signifikant häufiger ( $p=0,006$ ) auf als 1932. Obwohl es deutliche Übereinstimmungen mit den Symptomen der akuten Belastungsreaktion gibt, so sind doch

die Unterschiede vor und nach dem Zweiten Weltkrieg mehrheitlich nicht signifikant. Folglich zeigt die vorliegende Arbeit, dass der Zweite Weltkrieg als traumatisierendes Ereignis keine Auswirkungen hatte auf das Auftreten des Krankheitsbildes Kriegsneurose bzw. die damit verbundenen Psychopathologien in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster.

## 9. Therapieangaben

Tabelle 21

	<b>1932 (n=156)**</b>		<b>1948 (n=88)**</b>		<b>p*</b>
Keine Angaben	11%	17	5%	4	0,076
Keine Therapie	5%	7	10%	9	0,128
Arbeitstherapie <sup>1</sup>	29%	45	20%	18	0,129
Medikamentöse Therapie	43%	67	33%	29	0,123
Physikalische Therapie/Bäder	3%	4	5%	4	0,478
Pflege (Verbände)	5%	8	8%	7	0,481
Erziehungstherapie (Belehrung)	1%	2	0%	0	0,270
Diät	0%	1	1%	1	0,723
Elektroschockbehandlung	0%	0	17%	15	0,000
Ruhe/Bettruhe	0%	1	1%	1	0,723
Zwangsmaßnahmen	3%	4	0%	0	0,119

\*Signifikanzniveau

\*\* n=Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen)

<sup>1</sup> Die hier aufgeführten Prozentangaben waren in Wirklichkeit vermutlich viel höher, aber nur bei 29% bzw. 20% wurde die Arbeitstherapie dokumentiert

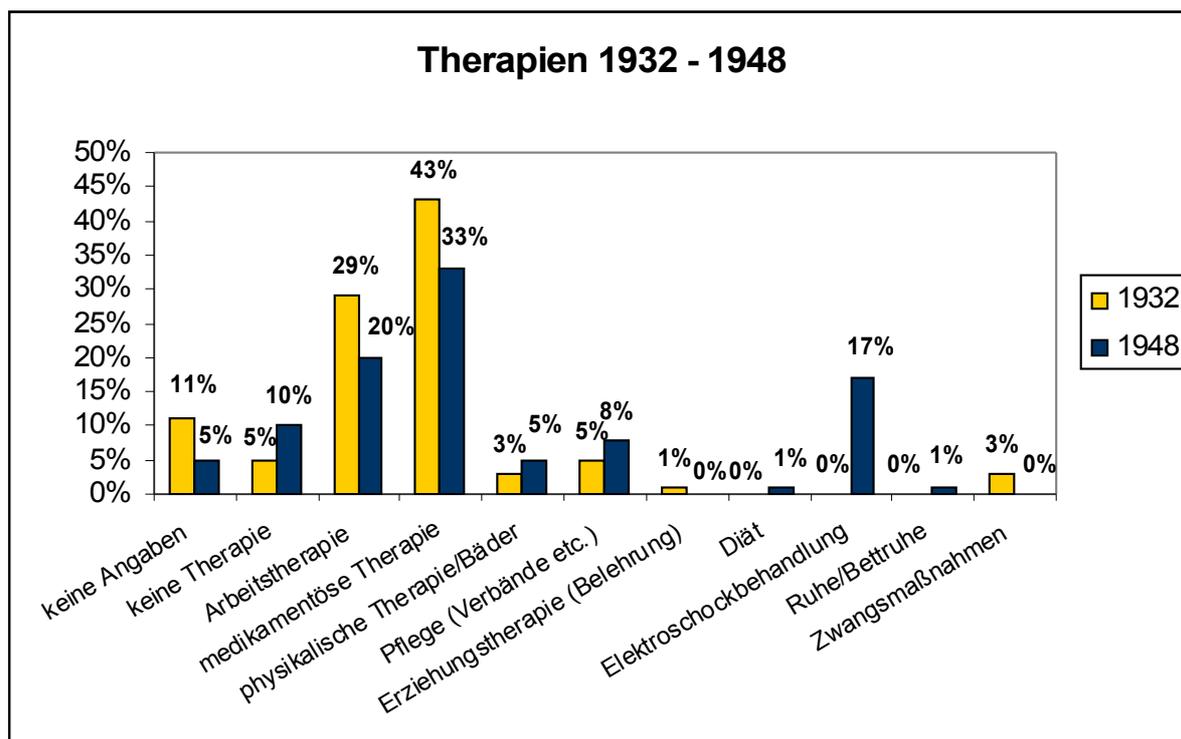


Abbildung 22

Wie bereits erwähnt, waren die Krankenberichte hinsichtlich der Therapieangaben sehr lückenhaft. Vor dem Zweiten Weltkrieg gab es bei 11% der Patienten *keine Angaben*. Eine Abhängigkeit vom behandelnden Arzt war nicht festzustellen.

*Keine Therapie* bekamen vor und nach dem Zweiten Weltkrieg ähnlich viele Patienten. Dabei handelte es sich v.a. um Patienten, die für einige Tage zur Begutachtung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster waren.

Die hier erhobenen Prozentangaben bezüglich der *Arbeitstherapie* waren in der Realität vermutlich viel höher, da sie nur dann in den Krankenberichten auftauchten, wenn etwas Außergewöhnliches während der Arbeitstherapie vorgefallen war. Als Dr. Klüber die ärztliche Leitung der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster inne hatte (1922-1936), wurde die moderne Arbeitstherapie propagiert, zu dieser Zeit haben bis zu 98 Prozent der Kranken gearbeitet. Die Zahl sank bei Dr. Klübers Nachfolger Dr. Edenhofer ab und lag 1938 nur noch bei 48 Prozent (Scherer 1998). Sofern es die Erkrankung zuließ, waren wahrscheinlich alle mit irgendeiner Form von Arbeit beschäftigt. Erwähnt wurde die Arbeitstherapie in den Akten von 1932 öfter als 1948, trotzdem gab es keinen signifikanten Unterschied ( $p=0,129$ ). Damals war es die am häufigsten eingesetzte Therapieart. In der Art des Arbeitseinsatzes gab es zwischen

den beiden Jahren keine Unterschiede. Die Patienten waren im Nähssaal beschäftigt, putzten auf der Abteilung, arbeiteten in der Küche und im Bastsaal. Sie waren in der Weberei tätig, klebten Tüten, lasen Rohre aus und waren bei der Außenarbeit eingesetzt, dazu gehörte die Gartenarbeit, der Straßenbau und die Arbeit im Holzhof und Friedhof.

Die *medikamentöse Therapie* war eine der führenden Therapieformen, die in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster eingesetzt wurde. Zwischen den beiden Jahrgängen gab es hinsichtlich der Häufigkeit keine Unterschiede. Doch die Art der Therapie hatte sich im Verlauf der Jahre durch die Einführung der Insulinkomatherapie 1933 und der Cardiazolkrampftherapie 1934 verändert. Zur Zeit der Weimarer Republik und auch in der Nachkriegszeit bekamen Patienten mit angeborenem Schwachsinnszustand kaum Medikamente. In seltenen Fällen wurde eine symptomatische Behandlung von Begleitsymptomen, insbesondere bei Erregungs- und Unruhezuständen mittels Luminal und Brom durchgeführt. Bei der progressiven Paralyse, die nur 1932 in Klingenmünster diagnostiziert wurde, bekamen fast alle Patienten eine Malariakur i.v. mit Blut von Mitpatienten. An die Impfung wurde bei manchen Patienten eine antiluetische Salvarsan-Wismut-Therapie angeschlossen. Manchmal erhielten die Patienten zusätzlich Chinin gegen die durch die Impfung ausgelöste Symptomatik. Die Encephalitis epidemica, die nur 1932 einmal auftauchte, wurde mit Neanisa Compretten behandelt. Über kausale Behandlungsmöglichkeiten verfügte man nicht. Psychische Störungen des höheren Lebensalters wurden in Abhängigkeit von der Psychopathologie und der Form, die bei diesem Krankheitsbild stark variierte, mit Narkotika, wie Morphium-Scopolamin-Injektion, Trional, Luminal, Somnifen, Scopodal und Eleudron medikamentös therapiert. Auch eine unterstützende Kreislauftherapie mit Digitalis wurde durchgeführt. Die zwei Patienten, die 1932 mit Huntington'scher Chorea in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster waren, erhielten gegen ihre starke affektive und motorische Erregung eine Bromlösung mit Veronal. Eine wirksame Therapie gab es nicht. Die wenigen Patienten, die mit Multipler Sklerose vor und nach dem Zweiten Weltkrieg in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster waren, bekamen keine medikamentöse Therapie. Psychische Störungen bei akuten Infektionen traten nur 1932 bei Z.n. Urämie auf und äußerten sich in Form von Wahnvorstellungen, erhöhter Erregung, Depression und Suizidalität. Behandelt wurde symptomatisch mit Scopolamin, Opium, Brom Paraldehyd und Trional. Alkoholranke bekamen weder 1932 noch 1948 eine medikamentöse Therapie. Im Vorder-

grund stand die Entziehungskur, die durch Wadenwickel und Hydrotherapie unterstützt wurde. Die wenigen Suchtkranken in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster bekamen Scophedal-Injektionen, Opium und Bellafolin gegen die Entzugssymptomatik. Wichtig war jedoch beim Morphinismus vor allem das Ziel der Entziehung. Alle Epileptiker wurden 1932 und 1948 mit Luminal therapiert. 1948 bekamen diese Patienten zusätzlich Zentropil als Antikonvulsivum und salzarme Kost. Brom als Antikonvulsivum wurde in Klingenmünster nicht eingesetzt. Schizophrene Patienten, die häufig stark erregt waren, bekamen im akuten Zustand eine Morphin-Scopolamin-Injektion i.m., die man damals auch als chemische Zwangsjacke bezeichnete. Als weitere Sedativa wurden v.a. 1932 Brom und Paraldehyd eingesetzt, aber auch Veronal und Luminal. 1948 wurde die Schizophrenie meist mit Elektroschock behandelt. Manisch-depressiv Erkrankte erhielten 1932 Scopolamin bei motorischer Unruhe und Opium bei Angstzuständen. Zur Behandlung der Schlaflosigkeit bei der Manie wurde Veronal und Paraldehyd eingesetzt. 1948 wurden manisch Depressive v.a. mit Elektroschock behandelt. Die medikamentöse Therapie von psychopathischen Persönlichkeiten erfolgte symptomorientiert, vorwiegend wurden Narkotika mit ihrer beruhigenden Wirkung wie Morphin eingesetzt. Eine Behandlung der psychopathischen Persönlichkeit mittels Psychoanalyse wie es die damalige Lehrmeinung vorschlug, wurde in den Krankenakten nicht erwähnt. Patienten, die unter abnormen Reaktionen litten, bekamen 1932 neben Luminal, Scopolamin auch Kodein bei allgemeiner nervöser Erregung. 1948 wurde diese Erkrankung mit Elektroschock behandelt. Vor dem Zweiten Weltkrieg wurde nur ein psychopathisches Kind in die Heil- und Pflegeanstalt aufgenommen, das keine Medikamente bekam. Nicht nervenkrankte Patienten, die aufgrund ihrer Carcinomerkrankung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster waren, bekamen Schmerzmittel in Form von Morphin-Injektionen, Novocain i.m. und Coffein. Allgemein kann gesagt werden, dass die medikamentöse Behandlung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster mit den Angaben in den damaligen Lehrbüchern übereinstimmt.

*Physikalische Therapie* in Form von Bädern gab es vor und nach dem Zweiten Weltkrieg nur bei 3 bzw. 5%. Erwähnt werden sollte an dieser Stelle, dass sich fast in jeder Krankenakte ein Badebericht befand, der Auskunft über den körperlichen Zustand des Patienten gab. Dem ist zu entnehmen, dass es sich hierbei vielmehr um Körperpflege als um einen therapeutischen Ansatz handelte. Zu den therapeutischen Bädern zählten Chinin-Dauerbäder zur Behandlung der Progressiven Paralyse und

Schizophrenie, Fichtennadelbäder bei depressiven Zuständen, Hydrotherapie in Form von Arm- und Fußbädern, Kniegüsse und Massage-Kuren bei rheumatischen Problemen. Unterschiede in der Art der physikalischen Therapie gab es zwischen den Jahrgängen nicht.

Die *pflegerischen* Maßnahmen unterschieden sich weder in der Art noch in der Häufigkeit zwischen 1932 und 1948, sie waren nur in 5 bzw. 8% der Fälle notwendig. Neben der Körperpflege umfasste die Pflege Sondenkosternährung, Anlegen von Wickeln und Verbänden. Die meisten Patienten, die auf Pflege angewiesen waren, hatten die Diagnose 'psychische Störung des höheren Lebensalters' oder 'angeborener Schwachsinnzustand'.

Die *Erziehungstherapie* wurde 1948 gar nicht dokumentiert, 1932 nur bei zwei Patienten. Beide Male bei dem Krankheitsbild Schizophrenie in Form von „suggestivem Zureden“.

Bei der *Diät* als therapeutische Maßnahme gab es zwischen den untersuchten Jahrgängen keinen signifikanten Unterschied. Die Diät wurde sehr selten eingesetzt im Gegensatz zum Ende des 19.Jahrhunderts, als bei vielen Patienten auf kräftige Ernährung geachtet wurde. 1932 und 1948 tauchten je einmal eine salzarme Diät bei Epilepsie auf.

Die *Elektroschockbehandlung* wurde erst 1938 eingeführt, sodass sie in den Krankenakten von 1932 gar nicht auftaucht. 1948 wurde sie in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster bei 17% aller Patienten angewendet. Sie ist die einzige Therapieform, bei der es einen signifikanten Unterschied ( $p=0$ ) zwischen den Jahrgängen gibt. In fast allen Fällen bei der 'Schizophrenie' und bei allen Patienten mit der Diagnose 'abnorme Reaktion' und 'manisch-depressives Irresein' wurde mit Schock behandelt.

*Bettruhe* fand weder zur Zeit der Weimarer Republik noch in der Nachkriegszeit größere Anwendung (0% bzw. 1%), im Gegensatz zum Ende des 19.Jahrhunderts, als diese therapeutische Maßnahme im Sinne von Erholung in Klingenmünster häufiger angewendet wurde.

*Zwangmaßnahmen* kamen 1948 gar nicht mehr vor, 1932 bei vier Patienten, die sich in einem starken Erregungszustand befanden und gewalttätig wurden. Als Zwangsmaßnahme kamen die Patienten ins Dauerbad oder wurden im Bett fixiert. Zwangsmaßnahmen, wie sie am Ende des 19.Jahrhunderts in Klingenmünster noch üblich waren, wie z.B. Schlösschenkleider (Kleider, die am Rücken mit einem

Schloss versehen waren, um zu verhindern, dass der Patient sich ständig an- und auszieht) wurden nicht mehr eingesetzt.

### 9.2.4 Umgang mit Patienten

Tabelle 22

	1932 (n=115)		1948 (n=71)		p*
respektvoll	98%	113	92%	65	0,774
despektierlich	2%	2	8%	6	0,030

\*Signifikanzniveau

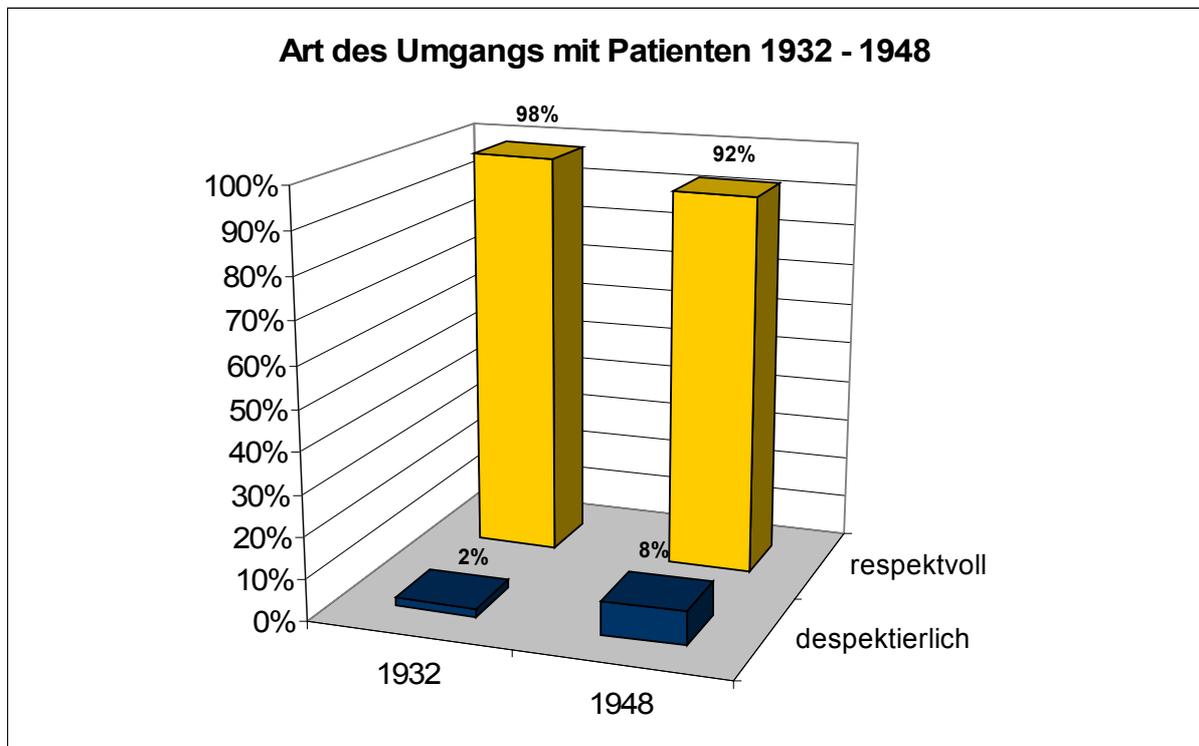


Abbildung 23

Der Umgang mit Patienten war bis auf wenige Ausnahmen mit 98% bzw. 92% respektvoll. Despektierliche Kommentare, die nach dem Zweiten Weltkrieg signifikant häufiger ( $p=0,030$ ) auftraten, fanden sich in nur wenigen ärztlichen Berichten, so z.B. „Pat. ist schmierig“, „Pat. ist gefräßig“, „Pat. pflegte aufzumucken“, „Pat. hat eine schwachsinnige Art“, „Pat. gibt eine rechte Jammergestalt ab“, „Pat. lächelt ständig blöde“. Diese Kommentare machten verschiedene Ärzte.

## 10 Zusammenfassende Diskussion

In den Jahren 1852-57 wurde in Klingenmünster die heutige Pfalzlinik Landeck erbaut und am 31.12.1857 mit der Übernahme von 43 Kranken aus der bereits seit 1811 bestehenden 'Armen-, Sucht- und Irrenanstalt Frankenthal' als 'Kreisirrenanstalt Klingenmünster' eröffnet. Mit 2500 Betten für Geisteskranke in drei Anstalten schien der Bezirksverband Pfalz auf Jahrzehnte hinaus aller Unterbringungssorgen von geistig Erkrankten enthoben, da machte der Ausgang des Ersten Weltkrieges seine weitsichtige Konzeption zunichte. Durch den Versailler Friedensvertrag verlor er die Verfügungsgewalt über seine Anstalt in Homburg, da die Stadt künftig zum Saargebiet gehörte. Fortan mussten die beiden ihm verbliebenen Häuser auch wieder die Kranken aus den westfälischen Städten und Gemeinden aufnehmen. Die Anstalt Klingenmünster war deshalb ständig überbelegt. Hinzu kam ein gravierender Ärztemangel, eine fehlende Zentralheizung, unzureichende Warmwasserversorgung, Kanalisation und Kläranlage. Die Lösung dieser Probleme sah Dr. Klüber, der von 1922 bis 1936 die Anstalt leitete, als eine seiner vordringlichsten Aufgaben an. Gleichzeitig setzte er reformpsychiatrische Akzente, er wollte die 'Anstalt' Klingenmünster im Zuge der organisatorischen Erneuerung und baulichen Erweiterungen zu einem 'Krankenhaus' weiterentwickeln. Auch wollte er Vorurteile und Misstrauen gegen die Psychiatrie abbauen, die in der pfälzischen Öffentlichkeit während des Krieges entstanden waren, „nicht Pflege, sondern Heilung“ werde angestrebt. Der psychisch Kranke war für Dr. Klüber kein „minderwertiger Mensch“, auch entschied der Wert eines Menschenlebens für die Gesellschaft nicht ausschließlich über dessen Daseinsberechtigung. Ferner warb Dr. Klüber für die von ihm seit 1926 aufgebaute Außenfürsorge und für die geförderte aktive Beschäftigungstherapie.

Nachdem sich schon um 1927 in der Anstalt eine starke Zelle der NSDAP gebildet hatte, wurde Klingenmünster in der Endphase der Weimarer Republik geradezu zwangsläufig in den politischen Tageskampf hineingezogen. Vergebens versuchte der deutschnational eingestellte Direktor Klüber diese Entwicklung in seinem Haus zu unterbinden, doch die Nazis unter seinen Mitarbeitern missachteten alle seine diesbezüglichen Anordnungen.

Nach dem gewaltsam erzwungenen Ausscheiden Dr. Klübers wurde Dr. Edenhofer 1936 von der Kreisregierung mit der Leitung Klingenmünsters betraut. Gegenüber der NSDAP erwies er sich als liniengetreuer Erfüllungsgehilfe. Gemeinsam mit dem

Verwaltungsleiter betrieb er eine, die Nazis begünstigende, Personalpolitik. Dadurch vollzog sich ein politischer Klimawechsel. NS-Aktivitäten nahmen in der Anstalt zu. 1937 wurden in der Patientenbibliothek 200 Bände beschlagnahmt. Die Beschäftigung der Kranken im Sinne einer Unterstützung des Heilungsprozesses wurde zunehmend vernachlässigt (1932: 91% - 1938: 48%). Das Interesse galt jetzt nicht mehr der Therapie der Anstaltsinsassen, sondern der Ausbeutung ihrer Arbeitskraft. Die kirchenfeindliche Einstellung des NS-Regimes hat in der Anstalt Klingenmünster v.a. die katholische Seelsorge erschwert, zeitweise nahezu unmöglich gemacht. In der 'Ära Edenhofer' wurden Juden eindeutig schlechter behandelt, Edenhofer machte der Kreisregierung ohne dienstliche Veranlassung den Vorschlag, jüdische Patienten in einer eigenen Einrichtung zusammenzulegen und damit sozial zu isolieren. Am 30.8.1940 erging ein Runderlass nach dem alle Juden aus den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten in die Anstalt Eglfing-Haar zu überstellen waren. Im September 1940 wurden 19 jüdische Patienten aus Klingenmünster nach Eglfing-Haar verbracht. Im September 1939 wurde die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster geräumt und ihre Gebäude militärischer Nutzung zugeführt. Sonderzüge brachten die 1251 Patienten und Personal nach Nord- und Südbayern, wo sie auf 13 bayerische Anstalten verteilt wurden. Im Sommer 1939 wurde die Verwaltungsorganisation T4 geschaffen, deren Aufgabe es war den Anteil der Patienten in den deutschen psychiatrischen Anstalten zu ermorden, die in den Augen der Nationalsozialisten als lebensunwert anzusehen waren. Klingenmünsters Kranke wurden ab Mai 1940 in den 13 bayerischen Anstalten erfasst, wobei die Klingenmünster Ärzte mitwirkten. Aufgrund dieser ausgefüllten und eingesandten Meldebogen sind 223 Kranke von Klingenmünster aus den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten in 'Reichsanstalten' überführt und dort ermordet worden. Die Rückführung der Klingenmünster Patienten aus den bayerischen Anstalten begann am 1.10.1940 und war am 12.10.1940 abgeschlossen. Ab Ende 1942 herrschte Hunger in der Anstalt. Gemäß dem bayerischen Hungererlass wurden Patienten, die nutzbringende Arbeit brachten, besser versorgt. Als eigenständige Anstalt wird Klingenmünster in die Euthanasie-Aktion der T4-Zentrale miteinbezogen und 1943 in die 'Aktion Brandt', wonach Patienten getötet wurden als Räumungsaktion, um Betten als Ausweichkrankenhaus für Großstädte abtreten zu können. Ende 1943 kommt es in Klingenmünster zur Überbelegung durch die Übernahme von Patienten aus ausgebombten Anstalten. Diese hatte eine Verschiebung von ausländischen Zwangsarbeitern in die Mordstätte Hadamar zur Folge. Im

April 1946 erleidet Dr. Edenhofer einen Schlaganfall und Dr. Schmidt übernimmt seine Vertretung.

Am 23.03.1945 war im Raum Klingenmünster der Zweite Weltkrieg zu Ende. In der Nachkriegszeit hat Dr. Schmidt die Anstalt Klingenmünster geleitet. Politisch 'völkisch' und 'deutsch-national' eingestellt war er 1933 Mitglied der NSDAP und des NS-Ärztebundes geworden. Als die Amerikaner einrückten, lag die Anstaltsleitung de facto schon in seinen Händen, da Direktor Edenhofer dienstunfähig war und dessen Stellvertreter arbeitsunfähig. Nach dem Ende der Kampfhandlungen setzte sich Dr. Schmidt bei alliierten und deutschen Stellen für die Belange der Heil- und Pflegeanstalt ein und bemühte sich vordringlich um deren Lebensmittel- und Brennstoffversorgung. Dennoch erklärte die mit der Entnazifizierung befasste Zentrale Spruchkammer 1946 sein Dienstverhältnis mit dem Bezirksverband Pfalz zunächst für beendet, aber angesichts der außerordentlichen kritischen Lage der Anstalt Klingenmünster und der Tatsache, dass außer Dr. Schmidt keiner der anderen Ärzte die Verhältnisse der Anstalt ausreichend genug kenne, blieb den deutschen wie französischen Behörden keine andere Wahl als Dr. Schmidt weiter zu beschäftigen. So war es Dr. Schmidt möglich sämtliche Wirtschaftsakten und Haushaltsunterlagen der Jahre 1933-45 zu vernichten, andere Akten wurden gesäubert. Aufgrund der Notsituation und der Hungerjahre 1946/47 durften außer Dr. Schmidt auch andere in der Partei sehr aktiven Ärzte, Verwaltungsangestellte und Pfleger im Anstaltsdienst verbleiben. 1947 führte die Staatsanwaltschaft Landau Vorermittlungen gegen die ehemalige Anstaltsleitung wegen „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“, erhob danach jedoch keine Anklage. In der Nachkriegszeit war die 'Solidarität der Schuldigen' zu beobachten (Scherer 1998).

Vor diesem historischen bzw. gesellschaftspolitischen Hintergrund soll die vorliegende Arbeit die Frage klären, ob der Zweite Weltkrieg Auswirkungen v.a. auf Krankheitsbilder und Therapien in einer psychiatrischen Klinik hatte.

Hierfür wurden 186 Akten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster ausgewertet, i.e. Akten vor dem Zweiten Weltkrieg (1932) und nach dem Zweiten Weltkrieg (1948) wurden miteinander verglichen. Drei Merkmalsgruppen, die zum einen demografisch-soziale Gesichtspunkte der Patientenpopulation betreffen, zum anderen die Krankheiten und ihre Verläufe sowie das ärztliche Wirken beschreiben, wurden anhand von Krankengeschichten untersucht. Der Schwerpunkt wurde auf die Auswertung der

*Diagnosen*, den damit verbundenen *Psychopathologien* und die *Therapien* gelegt.

Es zeigte sich, dass der Zweite Weltkrieg keine Auswirkungen auf die Prävalenz des Krankheitsbildes Kriegsneurose in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster hatte. Zwar gab es Unterschiede zwischen den beiden Jahrgängen hinsichtlich einiger Krankheitsbilder und auch Therapieformen, doch sind die Gründe dafür nicht im Krieg zu sehen.

Bei den *Diagnosen* gab es Unterschiede dergestalt, dass 1932 die Diagnose Progressive Paralyse und Schizophrenie signifikant häufiger gestellt wurde als 1948. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde dafür der angeborene Schwachsinnszustand und die Psychische Störung des höheren Lebensalters signifikant häufiger diagnostiziert.

Warum 1948 die Progressive Paralyse als Spätform der Syphilis nicht mehr diagnostiziert wurde, ist schwer nachvollziehbar. Die Lues-Serologie (TPHA, FTA-ABS-Test) mit deren Hilfe man heute andere entzündliche cerebrale (dementative) und spinale Prozesse sicher abgrenzen kann, gab es 1948 noch nicht. Auch die Behandlung der Neurosyphilis mit Penicillin erfolgte damals noch nicht flächendeckend, die Gabe von Penicillin wurde auch in keiner Krankenakte erwähnt. Vielmehr bekamen fast alle Patienten in Klingenmünster mit Progressiver Paralyse eine Malariakur i.v. mit Blut von Mitpatienten. An die Impfung wurde bei manchen Patienten eine antiluetische Salvarsan-Wismut-Therapie angeschlossen. Es gab also 1948 im Vergleich zu 1932 weder eine verbesserte Diagnostik noch Therapie für die Neurolues bzw. Progressive Paralyse, was ein geringeres Auftreten 1948 hätte erklären können. Anders (1940) stellte in seiner Untersuchung auch einen Rückgang von Paralytikern fest, er stellte die Hypothese auf, dass es zur Zeit der Weimarer Republik zu einem Anstieg der Progressiven Paralyse kam durch das Anschwellen von luetischen Infektionen nach dem Ersten Weltkrieg. Ein Paralytiker lebte laut seiner Untersuchung im Durchschnitt 3,7 Jahre nach dem ersten Auftreten, sodass viele Paralytiker 1948 bereits verstorben waren.

Ein Blick auf die Psychopathologien könnte auch eine mögliche Erklärung für die unterschiedliche Auftretenshäufigkeit liefern: Hauptsymptom der Progressiven Paralyse war 1932 bei den Patienten in Klingenmünster das erhöhte Erregungsniveau, gefolgt von Hyperaktivität, kognitiven Leistungseinbußen und Aggression. In mehreren Krankenakten aus dem Jahre 1948 war zunächst die Diagnose Progressive Paralyse eingetragen worden, später durchgestrichen und durch die Diagnose Schizophrenie er-

setzt worden. Schmiedel (1994) fand in seiner Arbeit über die psychiatrische Behandlungspraxis in der Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg, dass im Verlauf der stationären Behandlung in 30% der Fälle Diagnose-Korrekturen erfolgten. Kettlitz (1985) schreibt in seiner Untersuchung der Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf, dass zu dieser Zeit die Diagnose Schizophrenie häufig als „Allround-Diagnose“ gestellt wurde im Vergleich zur heutigen Zeit, in der sie differenzierter und zurückhaltender gestellt werde.

Wenn man die Symptome der Schizophrenie mit der der Progressiven Paralyse vergleicht, so werden hier ähnliche Symptome angegeben, bei beiden an erster Stelle das gesteigerte Erregungsniveau und die psychomotorische Unruhe. Auf der einen Seite könnte dies eine Erklärung für die unterschiedliche Ausprägung der Progressiven Paralyse bei den untersuchten Jahrgängen sein, insofern als dass 1948 anstatt der Progressiven Paralyse die Schizophrenie klassifiziert wurde. Auf der anderen Seite treten die Hauptcharakteristika der Schizophrenie wie Halluzinationen und Wahnvorstellungen (65%) bei der Progressiven Paralyse recht selten (15% bzw. 31%) auf. Dies macht eine Verwechslung der beiden Krankheitsbilder nicht sehr wahrscheinlich, sodass letztlich offen bleiben muss, warum 1948 die Progressive Paralyse nicht mehr diagnostiziert wurde. Am Wahrscheinlichsten ist die Tatsache, dass bei der Progressiver Paralyse in den 30er Jahren mit der wirksamen Malariakur und Salvarsantherapie eine recht hohe Remissionsrate erzielt wurde und sie deshalb Ende der 40er Jahre allgemein seltener auftrat.

Außerdem wurden 1948 Patienten mit Schizophrenie seltener aufgenommen als 1932. Unterstützt werden diese Daten durch eine Untersuchung von Albers (1989), bei der sich schon 1940 lediglich noch 7,2% schizophrene Patienten im Aufnahmeklientel fanden, eine schwindende Aufnahmezahl im Vergleich zu den Vorjahren.

Stein (1993) erhob in ihrer Untersuchung der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg auch rückläufige Aufnahmezahlen Mitte der 40-er Jahre im Vergleich zu Anfang der 30-er Jahre. Ihrer Meinung nach ist es denkbar, dass der Anteil der Schizophrenen aufgrund der bereits 1933 laufenden rassenhygienischen Maßnahmen sowie der frühen Deportation und Tötung gerade die Anzahl dieser Patienten abgesunken sein könnten. Dies könnte ebenso auf die Patienten, die an progressiver Paralyse litten, zutreffen.

Dass dies auch in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster so geschehen sein könnte, davon geht Scherer (1998) aus. Seiner Meinung nach war die Heil- und Pfl-

geanstalt Klingenmünster ab 1940 als eigenständige Anstalt in die Euthanasie-Aktion der T4-Zentrale miteinbezogen. Er sieht Hinweise dafür, dass ab 1941 die Klingenmünster Ärzte höchstwahrscheinlich eine „wilde Euthanasie“ also Krankentötung in ihrer Anstalt durch therapeutisch nicht indizierte Dauerdosierung von Schlafmitteln (Luminal-Schema), Injektionen von Morphinum-Scopolamin oder durch Verhungernlassen betrieben.

Eine Antwort auf die Frage, warum nach dem Zweiten Weltkrieg Patienten mit der Diagnose 'angeborener Schwachsinn' und 'psychische Störung des höheren Lebensalter' vermehrt in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster aufgenommen wurden, könnte mit den Umständen des Zweiten Weltkrieges bzw. der Nachkriegszeit zusammenhängen. Ein Blick auf die Psychopathologien dieser beiden Krankheitsbilder zeigt, dass das dominierende Symptom bei beiden Jahrgängen beim angeborenen Schwachsinn kognitive Leistungseinbußen war und bei den senilen Patienten die Desorientierung und Verwirrtheit. Dass die Patientengruppen 'angeborener Schwachsinnszustand' und 'psychische Störung des höheren Lebensalters' 1948 vergleichsweise stark vertreten sind, könnte daran liegen, dass für diese vorwiegend männliche Patientengruppen während des Krieges im Kriegshandwerk keine Verwendung gefunden wurde.

Der Vergleich der beiden Jahrgänge hinsichtlich der *Psychopathologien* zeigt einen Unterschied bei den kognitiven Defiziten, ein Symptom, das in der Nachkriegszeit signifikant häufiger diagnostiziert wurde. Wie bereits erwähnt, ist zu vermuten, dass dies mit dem 1948 signifikant häufiger auftretenden Krankheitsbild 'angeborener Schwachsinnszustand' zusammenhängt. Im Gegensatz dazu wurden Halluzinationen und Wahnvorstellungen 1932 signifikant häufiger diagnostiziert als 1948, was wahrscheinlich auf das 1932 signifikant häufiger auftretende Krankheitsbild Schizophrenie zurückzuführen ist.

Patienten mit einer Störung des höheren Lebensalter fielen nach Stein (1993) der Euthanasie nicht zum Opfer, da sie ihr Leben lang dem Gemeinwesen genutzt hatten und nicht erbkrank waren. Die Ermordung von „sozial Wertvollen“, jetzt jedoch alt gewordenen Menschen wäre auf großen öffentlichen Widerstand gestoßen.

„Es ist denkbar, dass man zunächst bei Beginn der T4-Aktion noch davon absah, alterskranke Patienten zu verlegen. Sie gehörten nicht zu dem Kreis der aufgrund der herrschenden Lehrmeinung bereits vom „Gesetz zur Verhütung von Erbkrankheiten“

betroffen waren. War die „Vernichtung von unwertem Leben“ zwar eine eindeutig unethische Konsequenz, jedoch eine im rassistischen Denken folgerichtige Konsequenz, so blieb bei der Ermordung Alterserkrankter nur das Wirtschaftlichkeitsargument übrig. Die Frage stellte sich jedoch, ob nicht von Seiten der Ärzte und der Bevölkerung mit mehr Widerstand zu rechnen gewesen wäre, wenn es ganz klar nur noch darum ging wirtschaftlich unnütze Menschen zu vernichten ohne Berücksichtigung ihrer früheren Leistungen für die Gemeinschaft. 1943/44 spitzte sich die Lebenssituation auch der „Gesunden“ negativ zu, sodass politisch mit erheblich weniger Widerstand zu rechnen gewesen wäre, da für große Teile der Bevölkerung das eigene Überleben so viel Kraft und Aufmerksamkeit absorbierte, dass die Humanität und Hinwendung zu Kranken an Bedeutung verloren haben könnte im Sinne eines belastungsbedingten Rückzugs auf die unmittelbare, stützende Umgebung.“ (Stein 1993, S. 63)

Dies galt sicherlich nicht für Patienten mit angeborenem Schwachsinn, die als erbkrank galten und somit den rassenhygienischen Maßnahmen zum Opfer fielen. Stein (1993) geht davon aus, dass in den 40-er Jahren auch die Öffentlichkeit so weitgehend über die mit einem Klinikaufenthalt verbundene Gefahr der Tötung informiert war, sodass weniger Patienten einer stationären Behandlung zugeführt worden sein dürften. Diese Patienten wurden während des Krieges wahrscheinlich von ihren Angehörigen nicht in eine Anstalt gebracht, da sie mehr kognitiv als psychotisch auffällig waren und damit auch im Vergleich zu Schizophrenen zu Hause besser zu betreuen waren.

Warum 1948 viel mehr Patienten mit einer Störung des höheren Lebensalter aufgenommen wurden, mag an der schlechten Versorgungslage 1948 gelegen haben. In den Nachkriegsjahren waren Nahrungsmittel streng rationiert. Was noch erschwerend hinzu kam war die Tatsache, dass die französische Besatzungsmacht in Klagenmünster vor umfangreichen Requisitionen von Nahrungsmitteln nicht Halt machte. Schließlich beeinträchtigte der strenge Winter 1946/47 und eine schlimme Trockenperiode im Sommer 1947 die Ernte. Der Kartoffelkäfer machte besonders 1946 viele Mühen umsonst. Erst im Oktober 1948 wurde die Neutral-Requisition durch die französische Besatzungsmacht eingestellt. Sie hatte immerhin den Umfang der täglichen Kalorien für die Bevölkerung um etwa 10-15 % reduziert. Eine durchgreifende Änderung der Ernährungssituation wurde nur mit der Hilfe der USA für die französische Wirtschaft und für die deutsche Bevölkerung in den drei westlichen Besat-

zungszonen erreicht. Und mehreren politischen Entscheidungen: der Währungsreform im Juni 1948, dem Marshall-Plan und die Angliederung der französischen Zone an das amerikanische und französische Besatzungsgebiet (Wünschel 2002).

Vor diesem Hintergrund der schlechten Versorgungslage wäre es allzu verständlich, wenn Angehörige von Patienten mit einer Störung des höheren Lebensalter und angeborenem Schwachsinn dieselben in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster brachten, da sie sich selbst nur unzureichend ernähren konnten. Des Weiteren weil diese Patienten einen großen pflegerischen bzw. betreuenden Aufwand benötigten, der in der Nachkriegszeit für die Angehörigen evtl. schwieriger aufzubringen war, da sie mit existenziellen Nöten beschäftigt waren. Auch das rückläufige Angebot der Offenen Fürsorge spielte eine Rolle. Von den Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster wurden 1932 noch 34% in die Offene Fürsorge entlassen und 1948 nur noch 16%, d.h., die ambulante Betreuung psychisch Kranker ging stark zurück und die Entlassung leicht Erkrankter erfolgte seltener.

Leifheit (2004) beschreibt ähnliches in ihrer Untersuchung der Heil- und Pflegeanstalt Philipppshospital. Demnach wurden 1944 bei 25% der aufgenommenen Patienten eine Altersdemenz diagnostiziert, Menschen, für die es keinen anderen Ort mehr gab, deren Pflege- oder Altenheime ausgebombt waren. Die Versorgung der alten und hilflosen Menschen wurde im ganzen Land immer schwieriger.

Diese Entwicklung der letzten Kriegsjahre und Nachkriegsjahre in Deutschland könnte eine Erklärung dafür sein, dass diese Patienten die größte Patientengruppe 1948 in Klingenmünster bildeten.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es auch zu klären, ob der Zweite Weltkrieg Auswirkungen auf psychiatrische Krankheitsbilder im Sinne einer Kriegsneurose hatte.

Blaßneck (2000) fasste in seinem Buch Statistiken über die Häufigkeit der Kriegsneurose im Zweiten Weltkrieg zusammen und forderte darin, dass diese unter folgenden Gesichtspunkten interpretiert werden müssten: 1. Die Definition der Kriegsneurose war unheitlich, sodass Häufigkeitsangaben oftmals nicht miteinander verglichen werden können. 2. Viele Neurosen wurden verkannt und somatisch behandelt. 3. Durch die immer stärker werdende Mobilisierung gegen Kriegsende kam es zum Einsatz von zu jungen oder zu alten Männern, die sich schwerer auf dem Gefechtsfeld zurechtfinden und dementsprechend eher kriegsneurotische Symptome zeigten. 4. Zahlen über das Ausmaß psychischer Störungen im Kriege wurden bewusst

niedrig gehalten, um Reaktionen bei der Bevölkerung, beim Feind und bei der eigenen Truppe stabil zu halten. Schließlich hätten zu hohe Ausfallzahlen die militärische Führung oder die psychiatrischen Behandlungsmethoden in Frage gestellt.

Militärführung und Wehrpsychiatrie schufen gemeinsam ein medizinisches Versorgungsnetz, um psychische Fehlreaktionen verhindern und behandeln zu können: Angefangen bei beratenden Psychiatern, die sich auf regelmäßigen Fachtagungen in Berlin auszutauschen hatten, bis hin zur Aufstellung neuer Lazaretttypen, die sich ganz auf dieses Krankheitsbild und seine Einstufung in die militärischen Gegebenheiten spezialisiert hatten, wie etwa Schleusenlazarette. Diese Anstrengungen wurden im Krieg unternommen, um die menschliche Kampfkraft aufrecht zu erhalten. So sollten möglichst wenige Soldaten durch eine Kriegsneurose kampfunfähig werden und kampfunfähige Kriegsneurotiker mussten möglichst schnell wieder einsatzfähig zur Front zurückkehren können. Dies führte dazu, dass gerade gegen Ende des Krieges verantwortliche Sanitätsoffiziere in eine regelrechte Planungsoffensive übergingen, um noch möglichst viele Soldaten für den Kriegsdienst bereit zu halten. Neue Einteilungsrichtlinien und neue Lazaretttypen wurden teilweise noch in den letzten Kriegsmonaten aufgestellt.

Bei der Häufigkeitsverteilung von Blaßneck (2000) zeigte sich, dass die Kriegsneurose mit der Kriegsdauer zugenommen hatte. Im Vergleich zu anderen Erkrankungen oder Verletzungen im Krieg nahm die Kriegsneurose nur eine untergeordnete Stellung ein. Allerdings war ihre Therapieresistenz, vor allem im späteren Kriegsverlauf, sehr groß. Dass aber für diese eher seltene Erkrankung eine große medizinische Versorgungsstruktur geschaffen wurde, dass therapieresistente Kriegsneurotiker selbst noch im Zivilen von der Bevölkerung in den Heil- und Pflegeanstalten isoliert wurden, zeigt die große Bedeutung dieser Erkrankung für den Staats- und Militärapparat. Der sich ständig verschärfende Kriegsalltag als Ursache reaktiver Symptome und die Therapiemethoden der Wehrpsychiatrie als Ursache fehlender Genesung durften nicht in Frage gestellt werden. So wurde der Ursprung der Kriegsneurose in der Persönlichkeit des Soldaten gesucht und nicht in den inhumanen Therapiemethoden oder in den grauenhaften Kriegsumständen. Die nationalsozialistische Ideologie und Propaganda vom tapferen, deutschen Soldaten untermauerte diese Einstellung noch zusätzlich.

Die Kriegsneurose wurde damals unter der Diagnose 'Abnorme Reaktion' subsumiert und wurde im Zusammenhang mit Unfallkrankheiten gesehen. In der vorliegen-

den Arbeit trat die 'Abnorme Reaktion' nach dem Zweiten Weltkrieg nicht signifikant häufiger auf als zur Zeit der Weimarer Republik. Auch wurde der Begriff Kriegsneurose nirgendwo in den Krankenakten erwähnt, ebenso wenig wie Folgen des Krieges. Dies könnte zum einen daran liegen, dass es sich hierbei um eine akute Reaktion handelt, die eher in den Kriegsjahren bzw. unmittelbar nach Kriegsende aufgetreten ist und nicht 1948. Zum anderen wurden Kriegsneurotiker (vgl. Kapitel 3.1) in der Militärpsychiatrie behandelt und nur dann in eine Heil- und Pflegeanstalt überführt, wenn die Bemühungen wegen Aussichtslosigkeit eingestellt wurden. Heute wird die Kriegsneurose als 'akute Belastungsreaktion' klassifiziert. Betrachtet man aus heutiger Sicht die Psychopathologien, die bei einer akuten Belastungsreaktion auftreten können (Bewusstseinsengung, eingeschränkte Aufmerksamkeit und Reizverarbeitung, Desorientierung, Sich-zurückziehen oder Unruhezustand mit Überaktivität) und vergleicht unter diesem Aspekt die beiden Jahrgänge 1932 und 1948 miteinander, so gibt es zwar deutliche Übereinstimmungen mit den Symptomen der akuten Belastungsreaktion, doch sind die Unterschiede vor und nach dem Zweiten Weltkrieg nicht signifikant. Folglich zeigt die vorliegende Arbeit, dass es keine Hinweise gibt, dass der Zweite Weltkrieg als traumatisierendes Ereignis Auswirkungen auf das Auftreten des Krankheitsbildes Kriegsneurose bzw. die damit verbundenen Psychopathologien in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster hatte.

Neben den Krankheitsbildern und den Psychopathologien wurden auch die *Therapieformen* der beiden Jahrgänge miteinander verglichen. Aber auch hier gab es keine kriegsbedingten Unterschiede. Betrachtet man die Therapieformen zur Zeit der Weimarer Republik und der Nachkriegszeit vor dem Hintergrund der gängigen Therapien zu dieser Zeit, so war Klingenmünster auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand. Die am häufigsten eingesetzten Behandlungsmethoden waren zum einen die Arbeitstherapie, zum anderen die medikamentöse Therapie.

Das auf Hermann Simon (1927) zurückgehende Konzept der Arbeitstherapie beruhte auf der Annahme, dass der psychisch kranke Mensch über kranke und gesunde Persönlichkeitsanteile verfüge. Ziel der Behandlung müsse sein, die gesunden Persönlichkeitsmerkmale zu fördern und die kranken zu verdrängen. Alle körperlich gesunden Anstaltspatienten sollten nach therapeutisch-pädagogischen Kriterien individuell gefördert und durch stetige Übung an die obere Grenze ihrer Leistungsfähigkeit gebracht werden. Die Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster waren im

Nähsaal beschäftigt, putzten auf der Abteilung, arbeiteten in der Küche und im Bast-saal. Sie waren in der Weberei tätig, klebten Tüten, lasen Rohre aus und waren bei der Außenarbeit eingesetzt, dazu gehörte die Gartenarbeit, der Straßenbau und die Arbeit im Holzhof und Friedhof.

Dass die Arbeitstherapie bei nur 29% (1932) und 20% (1948) aller Patienten in Klin-genmünster in der Krankenakte dokumentiert war, entspricht sicherlich nicht den tat-sächlichen Zahlen. Die Angaben der Literatur über die Heil- und Pflegeanstalt Klin-genmünster (Scherer 1998) gehen von 98% (zur Weimarer Zeit) und 48% (ab 1938) aus. Der Grund für die geringen Prozentangaben in den Krankenakten liegt vermut-lich darin, dass die Arbeitstherapie nur dann Erwähnung fand, wenn etwas Außerge-wöhnliches dabei vorgefallen war. Trotzdem war die Arbeitstherapie in beiden Jahr-gängen die zweithäufigste Therapieform.

Der Rückgang der Arbeitstherapie von 1932 auf 1948 könnte mit dem Personalman-gel in den Nachkriegsjahren in den Kliniken zu tun haben, wonach unzureichend qualifiziertes Pflegepersonal vorhanden war, die die Kranken bei der Arbeit anleiten und beaufsichtigen konnten. Davon geht auch Hölzer (2000) in ihrer Untersuchung der Landes-Heil- und Pflegenstalt Zschadraß aus, wonach die Beschäftigungsthera-pie aus Mangel an Pflegepersonal nicht so intensiviert wurde wie in den früheren Jahren. Müller (1984) schreibt in ihrer Untersuchung des Christophbades Göppin-gen, dass der Rückgang der Arbeitstherapie in den Nachkriegsjahren mit den dama-ligen wirtschaftlichen Schwierigkeiten zusammenhängen könnte. Und der damit be-dingten besonderen Aufnahmepolitik der Anstalt, wonach bevorzugt finanziell und sozial besser gestellte Patienten aufgenommen wurden, denen man körperliche Ar-beit nicht ohne weiteres zumutete. Auf die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster trifft dies nicht zu, da es keine Hinweise für eine veränderte Aufnahmepolitik vor und nach dem Zweiten Weltkrieg gab.

Die medikamentöse Therapie war die führende Therapieform, die in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster eingesetzt wurde. Zwischen den beiden Jahrgängen gab es hinsichtlich der Häufigkeit keine Unterschiede. Doch die Art der Therapie hat-te sich im Verlauf der Jahre durch die Einführung der Insulinkomatherapie 1933, der Cardiazolkrampftherapie 1934 und der Elektrokrampftherapie 1938 verändert.

Bei akuten Psychosen, Erregungszuständen, Agitiertheit, Schlafstörungen und ande-ren unspezifischen Störungen bei z.B. Psychopathen, Oligophrenen und Dementen

wurden Beruhigungsmittel vor allem der Barbituratgruppe verwendet. In erster Linie fanden dabei Veronal und Luminal, seltener Noctal und Somnifen Anwendung, aber auch Paraldehyd und Chloralhydrat sowie schwefelhaltige Medikamente wie Trional und Sulfonal.

Die medikamentöse Schizophreniebehandlung in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster bestand vorrangig im akuten Zustand in der Verabreichung von Morphin-Scopolamin Injektion i.m., der sog. 'chemischen Zwangsjacke'. Die bei Schizophrenie empfohlene Dauerschlaftherapie wurde als solche nie erwähnt.

Die Behandlung manisch-depressiv Erkrankter erfolgte im allgemeinen mit Scopolamin bei motorischer Unruhe und Opium bei Angstzuständen. Zur Behandlung der Schlaflosigkeit bei der Manie wurde Veronal und Paraldehyd eingesetzt.

Bei der progressiven Paralyse als Form der Neurolyues wurde entweder eine Fieberheilkur mit Injektion von malarainfiziertem Blut eingeleitet oder das gegen Spirochäten wirksame Chemotherapeutikum Neosalvarsan eingesetzt oder beides nacheinander. Auftretende Fieberspitzen wurden mit Chinin kupiert, Herz-Kreislaufbeschwerden ggf. durch Kardiaka (wie Digitalispräparate) mitbehandelt.

Für Epilepsiekranke kam vorrangig Luminal zum Einsatz.

Die 1938 eingeführte Elektrokrampftherapie fand in Klingenmünster sehr häufig Anwendung. Sehr selten angewendet wurde die Insulinkomatherapie und die Cardiazolkrampftherapie, vermutlich weil die Elektroschocktherapie weniger Risiken in sich barg und man damit gute Erfolge erzielte.

Die 1933 von Sakel (1900-1957) begründete Insulinkomatherapie beruhte auf Beobachtungen über auffallende psychische Besserungen nach versehentlicher Insulinüberdosierung mit nachfolgendem hypoglykämischen Koma bei der (damals üblichen) Entwöhnungsbehandlung Morphinsüchtiger mit Insulin. Sakel nahm an, dass durch die Auflösung hypoglykämischer Komata pathologische Erregungsbahnen zwischen den Nervenzellen aufgehoben würden. Darauf aufbauend, wandte er das Insulinkoma nun systematisch bei Psychotikern mit solchem Erfolg an, dass seine Methode eine rasche Verbreitung im deutschsprachigen Raum sowie in Mittel- und Osteuropa fand (Ackerknecht 1967). Die Insulinkuren waren allerdings an hohe personelle und finanzielle Voraussetzungen geknüpft. In der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster wurde die Insulinkomatherapie allerdings nur zweimal bei Schizophrenie angewendet.

Unabhängig von Sakel entwickelte v. Meduna (1896-1964) 1934 die Cardiazol-

schockbehandlung. Anhand eigener Untersuchungen an Hirnstrukturen von Schizophrenen, die häufig eine Gliahypoplasie zeigten, während sich bei Epileptikern überwiegend eine Hyperplasie nachweisen ließ, ging v. Meduna von einem Antagonismus zwischen beiden Erkrankungen aus und schlussfolgerte, dass durch die Auflösung epileptischer Anfälle die Schizophrenie positiv zu beeinflussen sei. Er versuchte zunächst, durch intravenöse Injektion von Cardiazol eine Anfallsauslösung zu provozieren. Obwohl die Cardiazolkrampfbehandlung anfangs umstritten und vor allem in ihrer Langzeitwirkungen nicht überschaubar war, fand sich in der Folgezeit eine rasche Verbreitung. Es gab eine regelrechte Flut an Veröffentlichungen, wonach zahlreiche Autoren über Remissionsraten von 80% bei akuten Schizophrenien berichteten (Küppers 1939). Warum die Cardiazolschockbehandlung in Klingenmünster nur einmal bei Epilepsie angewendet wurde, lag vermutlich daran, dass die Cardiazolbehandlung, ebenso wie die Insulinbehandlung nicht ungefährlich war: Neben der Gefahr der Anoxie bei zu hoher Dosierung von Cardiazol kam es häufig zu Kiefer- und Schultergelenksluxationen sowie zu Frakturen. Die wichtigste Nebenwirkung aber stellte die in der Latenzzeit zwischen Injektion und Anfallsbeginn regelmäßig auftretende Todesangst dar (Schöne 1986).

Die von Cerletti (1877-1963) inaugurierte Elektrokrampftherapie ersetzte als relativ billiges Verfahren die komplikationsreicheren Cardiazol- und Insulinkuren. Der Einsatz der Elektroschocktherapie erfolgte entsprechend den Anwendungsempfehlungen seiner Zeit. Die Elektrokrampftherapie wurde in Klingenmünster in der Nachkriegszeit in der Psychosebehandlung mit guter Besserung angewendet. Viele erregte Kranke konnten nach der Krampfbehandlung in ruhigere Abteilungen verlegt werden. Durch das Einschalten des Stromes erfolgte beim Patienten Bewusstlosigkeit und ein starker klonischer Krampfzustand. Die Bewusstlosigkeit schwand allmählich und der Kranke begann wieder aufzuwachen.

In der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster lag der Schwerpunkt der Therapie also auf der Arbeitstherapie und der medikamentösen Therapie. Die damals in der Wissenschaft übliche Tuberkulintherapie oder Schlafkuren gab es in Klingenmünster nicht. Auch bezüglich psychotherapeutischer Methoden wie Hypnose, Suggestion, analytische Psychotherapie war den Krankenakten nichts zu entnehmen.

Der Vergleich der beiden Jahrgänge hinsichtlich demographisch-sozialer Merkmale zeigt, dass in der Nachkriegszeit fast doppelt so viele Männer aufgenommen wurden wie Frauen. Dies war nicht nur in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster so, son-

dern in ganz Deutschland. Diese Zahlen hätte man nicht unbedingt erwartet, zumal es nach dem Zweiten Weltkrieg in der Bevölkerung viel weniger Männer in Deutschland gab. Doch ein Blick auf die Diagnosen der Männer 1948 zeigt, dass es sich vor allem um Patienten mit Altersdemenz und angeborenem Schwachsinn handelte, für die es im Kriegsgeschehen, wie bereits erwähnt, keine Verwendung gab und deren pflegerischer Aufwand zu Hause in den Nachkriegsjahren für viele Angehörige zu groß war. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster durch die hohe Anzahl an gefallenen Soldaten mehr ledige und verwitwete Patientinnen. Die Klingenmünster Patienten waren in der Nachkriegszeit im Durchschnitt älter, die vorwiegend männliche Patientengruppe zwischen 31 und 45 Jahren kam seltener vor, also die Gruppe derer, die im Krieg gefallenen waren. Auch ist die Zahl der Invaliden 1948 merklich angestiegen. Es gab 1948 keine Patienten in Klingenmünster mehr mit israelitischer Konfession, weil diese laut Scherer (1998) ab 1940 anhand eines Meldebogens erfasst wurden und in Reichsanstalten ermordet wurden. Das Einzugsgebiet der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster hat sich in den Nachkriegsjahren vergrößert, die meisten Patienten kamen jedoch aus der Pfalz. Die Mehrzahl der Patienten waren ohne Beruf, waren meistens zuvor noch in keiner psychiatrischen Anstalt und waren auch vorwiegend nicht entmündigt. Und fast alle Patienten lagen in der 3. Klasse.

Nach dem Krieg waren mehr Patienten straffällig geworden als zur Zeit der Weimarer Republik und die überwiegende Kostenübernahme geschah durch die Öffentliche Hand (63% bzw. 73%). Diese Entwicklung zeigte sich in mehreren deutschen Heilanstalten, u.a. auch im Christophbad in Göppingen, das Müller (1984) untersucht hat. 1942 wurde der Halbariererlass gesetzlich verankert, der dazu führte, dass auch im Falle der Behandlungsbedürftigkeit des psychisch Kranken der Fürsorgebehörde nur die Hälfte der Behandlungskosten erstattet wurde, während der Kranke die andere Hälfte selbst zahlen musste. Dies führte in Klingenmünster allerdings nicht dazu, dass die Kostenübernahme durch die Öffentliche Hand in der Nachkriegszeit nachgelassen hat, obwohl der Erlass damals bis in die 70er Jahre noch in Kraft war.

In der Nachkriegszeit lässt sich eine Tendenz zu kürzeren Behandlungszeiten erkennen, was ein allgemeiner deutscher Trend in den Anstalten der Nachkriegszeit war und sehr wahrscheinlich mit der Einführung der Schockverfahren zusammenhing. Sofern die Behandlungsdauer als Kriterium für die therapeutische Effizienz herangezogen werden kann, zeichnete sich 1948 eine Verbesserung der Behandlungsergeb-

nisse ab. Die Entlassungsmodi zeigen jedoch eine gegenteilige Entwicklung, denn 1948 wurden weniger Patienten gesund oder gebessert entlassen, die meisten sind verstorben bzw. wurden mit unverändertem Gesundheitszustand entlassen und weniger als die Hälfte kam in die Offene Fürsorge. Die Untersuchungen von verschiedenen Autoren (Tourney 1967, Erickson 1975) haben gezeigt, dass die Verweildauer offenbar in hohem Maße von der Behandlungsmotivation der Therapeuten abhängt. Legt man diesen Maßstab zugrunde, lassen die kürzeren Behandlungszeiten 1948 zwar auf einen größeren therapeutischen Optimismus in der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster schließen, das Behandlungsergebnis (gebesserte Entlassungen) allerdings nicht. Die steigende Anzahl von Zweit- und Drittaufnahmen sowie die kürzere Behandlungsdauer lassen in Klingenmünster eine Entwicklung erkennen, die man als Wandlung von einer Heil- und Pflegeanstalt in Richtung Akutklinik bezeichnen könnte.

Zwangssterilisationen waren 1948 nicht mehr dokumentiert. 1948 war *Pneumonie* die häufigste Todesursache, gefolgt von Herzversagen, als Grunderkrankung wurde die Schizophrenie angegeben. Dieselben Sterbediagnosen gab es auch in der Pflegeanstalt Hubertusburg (Schmiedel 1994).

Der Umgang mit Patienten, soweit aus den Eintragungen in den Akten ersichtlich, war bis auf wenige Ausnahmen mit 92% respektvoll.

## 11 Literaturverzeichnis

**Ackerknecht, E.** (1967): Kurze Geschichte der Psychiatrie. 2. Auflage. Stuttgart: Enke Verlag.

**Albers, M.** (1989): Aussagefähigkeit archivierter Krankenakten zu psychopathologischen Langzeitwerten schizophrener Erkrankungen. Dissertation, Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.

**Anders, O.** (1940): Die zahlen- und kostenmäßige Belastung der öffentlichen Fürsorge durch die defektgeheilten Paralytiker: Untersucht an den in der Heil- und Pflegeanstalt Branitz O/S behandelten Fällen. Halle: Marhold Verlag.

**Beringer, K.; Düser, A.** (1921): Über Schizophrenie und Körperbau. Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie 68, S. 12-22.

**Berze, J.** (1928): Psychologie der Schizophrenie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 88, S. 299.

**Blasius, D.** (1991): Die Maskerade des Bösen: Psychiatrische Forschung in der NS-Zeit. Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. In: Schriftenreihe der Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte (Sondernummer). München: Oldenbourg-Verlag, S. 265-285.

**Blasius, D.** (1994): Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt am Main: Fischer.

**Blaßneck, K.** (2000): Militärpsychiatrie im Nationalsozialismus: Kriegsneurotiker im Zweiten Weltkrieg. Würzburg: Deutscher Wissenschaftsverlag (DWV), Band 3.

**Bleuler, E.** (1908): Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe). Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychiatrisch-Gerichtliche Medizin 65, S. 436-464.

**Bleuler, E.** (1911): Handbuch der Psychiatrie: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Hrsg. von Aschaffenburg, G.. Leipzig; Wien: Franz Deuticke Verlag.

**Bleuler, E.** (1937): Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer.

**Bloch, M.** (1905): Medikamentöse Therapie der Nervenkrankheiten. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie 8, S. 791-806.

**Bolten, G.C.** (1921): Eine besondere Erscheinung der Morphinabstinenz. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 49, S. 307-312.

**Bonhoeffer, K.** (1901): Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena: Gustav Fischer Verlag.

**Bonhoeffer, K.** (1912): Handbuch der Psychiatrie: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. Hrsg. von Aschaffenburg, G.. Leipzig; Wien: Franz Deuticke Verlag.

**Bossi, M.** (1911): Die gynäkologischen Läsionen bei der Manie, beim Selbstmord und die gynäkologische Prophylaxe gegen den Selbstmord beim Weibe. Zentralblatt für Gynäkologie 11, S. 178-179.

**Bostroem, A.** (1929): Die Verwertbarkeit psychischer Symptome bei Erkennung und Lokaldiagnose von Hirntumoren. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 169, S. 162.

**Braunmühl, A.** (1930): Handbuch der Geisteskrankheiten, Band 11. Berlin: Springer Verlag, S. 673-715.

**Braunmühl, A.** (1942): Moderne Behandlungsmethoden in der Psychiatrie. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung 39, S. 25-30.

**Bumke, O.** (1936): Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 4. Auflage. München: Verlag von J.F. Bergmann.

**Cade, J.F.J.** (1949): Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. Medical Journal of Australia 13, S. 349-352.

**Croner, W.** (1911): Die Therapie an den Berliner Universitätskliniken. 5. Auflage. Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg.

**Dattner, F.** (1925): Der Gebrauch von Jodpräparaten. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 98, S. 173.

**Delay, J.; Deniker, P.** (1952): 38 cas de psychoses traités par la cure prolongée et continué de 4560 RP. Annales médico-psychologiques, S. 364.

**DIMDI** (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) (1995): ICD 10. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Bd. I – Systematisches Verzeichnis. Wanne-Eickel, Herne: Krankenhausdrucke-Verlag, Kapitel F 40-49.

**Economo, C. von** (1929): Die Encephalitis lethargica. Wien; Berlin: Urban & Schwarzenberg.

**Erickson, R.G.** (1975): Outcome studies in mental hospitals: A review. Psychological Bulletin, 82, S. 519-540.

**Fierz, H.K.** (1941): Klinische Erfahrungen mit der Elektroschocktherapie nach Cerletti. Aus der psychiatrischen Klinik der Universität Zürich. Zürich: Art. Institut Orell Füssli A.G., S. 3-4.

**Fischer, O.** (1912): Ein weiterer Beitrag zur Klinik und Pathologie der presbyophrenen Demenz. Zeitschrift für Neurologie 12, S. 99.

**Freud, S.** (1926): Die Psychoanalyse. In: Max Marcuse (Hrsg.). Handwörterbuch der Sexualwissenschaft. Bonn: A. Marcus & E. Weber Verlag, S. 610-616.

**Freund, C. S.** (1925): Zur Vererbung der Huntingtonschen Chorea. Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie 99, S. 333-375.

**Friedländer, A.** (1913): Der Morphinismus, Kokainismus, Alkoholismus und Saturnismus. Jena: Gustav Fischer Verlag.

**Gabriel, E.** (1944): Zur Behandlung einiger funktioneller Störungen. In: Zimmer, A. (Hrsg.). Wehrmedizin. Kriegsverfahren 1939-1943. 3. Band: Interne Medizin und Neurologie. Wien: Franz Deuticke-Verlag, S. 606-614.

**Gans, A.** (1923): Über Picksche Atrophie. Zeitschrift für Neurologie 80, S. 10.

**Gaupp, R.** (1905): Die Depressionszustände des höheren Lebensalters. Münchner Medizinische Wochenschrift II, S. 1531.

**Geratowitsch, M.** (1927): Über Erblichkeitsuntersuchungen bei der Huntingtonschen Krankheit. Archiv für Psychiatrie 80, S. 513-585.

**Göhler, A.** (1986): Theoretische Definitionen und klinische Handhabungen des Begriffs „Psychopathie“ in der deutschen Psychiatrie der zwanziger und dreißiger Jahre unseres Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der Praxis der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen in den Jahren 1929 bis 1939. Diss. Med., Leipzig.

**Güse, H.-G., Schmacke, N.** (1976): Psychiatrie zwischen bürgerlicher Revolution und Faschismus. Kronberg /Ts.

**Häfner, H.** (2003): Die Inquisition der psychisch Kranken geht ihrem Ende entgegen. Die Geschichte der Psychiatrie-Enquete und Psychiatriereform in Deutschland. In: Kerstin, F.-W. (Hrsg.). Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Paderborn: Ferdinand Schöningh, S. 113-140.

**Haug, K.** (1934): Die Leberfunktion beim Missbrauch von Opiaten und beim chronischen Gebrauch von Schlafmitteln in hohen Dosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 89, S. 22-45.

**Hirschlaff, L.** (1911): Über Ruheübungen und Ruheübungsapparate. Münchner Medizinische Wochenschrift 58, S. 251-254.

**Hoche, A.** (1912): Handbuch der Psychiatrie: Dementia paralytica. Hrsg. von Aschaffenburg, G.. Leipzig; Wien: Franz Deuticke Verlag.

**Hölzer, A.** (2000): Die Behandlung psychisch Kranker und geistig Behinderter in der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Zschadraß während der nationalsozialistischen Diktatur. Dissertation der Universität Leipzig, Medizinische Fakultät.

**Isserlin, M.** (1926): Psychotherapie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Berlin: Springer.

**Izikowitz, S.; Theorell, H.; Widström, G.** (1933): Über Cholesterin, Plasmaeiweiß, Blutzellvolumen und Senkreaktion während der Sulfosinbehandlung der Schizophrenie. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 131, S. 251-284.

**Jahnel, F.** (1929): Allgemeine Pathologie der Syphilis des Nervensystems. In: Jassohns Handbuch. Berlin: Springer, S. 249.

**Janssen, P.A.J.** (1959): Chemistry and pharmacology of CNS depressants related to 4-butyrophenone, Part I-Synthesis acid screening data in mice. Journal of Medical and Pharmaceutical Chemistry 1, p. 281-290.

**Jaspers, K** (1930): Allgemeine Psychopathologie. 3. Auflage. Berlin: Springer.

**Joel, E.; Fränkel, F.** (1924): Der Cocainismus. Berlin: Springer Verlag.

**Jolowicz, E.** (1927): Die Suggestivtherapie. In: Birnbaum, K. (Hrsg.). Die psychischen Heilmethoden. Leipzig: Thieme, S. 55-68.

**Jung, C.G.** (1929): Ziele der Psychotherapie. In: Bericht über den IV. Allgemeinen ärztlichen Kongress für Psychotherapie in Bad Nauheim, S. 1-14.

**Kästner, I.** (1989): Der Mißbrauch des Leistungsgedanken in der Medizin unter der faschistischen Diktatur und die Folgen für die Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Thom, A.; Caregorodcev, G.I. (Hrsg.). Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, S. 183-204.

**Kästner, I.** (1991): Wissenschaftliche Ansätze in der französischen Psychiatrie um die Mitte des 19. Jahrhunderts und ihre Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Gesellschaft, Psychiater und Geisteskranken. Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie 1, S. 31-33.

**Kalischer, S.** (1911): Medikamentöse Therapie der Nervenkrankheiten. Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie 14, S. 877-901.

**Kayser-Petersen, J.E.** (1921): Geschichtliche Betrachtungen zur Frage der Grippe-Encephalitis und endemischen Encephalitis. Münchner Medizinische Wochenschrift 36, S. 1137-1138.

**Kettlitz, R.** (1985): Die Geschichte des Rheinischen Landeskrankenhauses – Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf von 1945-1976.

**Kihn, B.; Luxenburger, H.** (1940): Die Schizophrenie. Handbuch der Erbkrankheiten. Band 2. Leipzig: Georg Thieme.

**Komo, G.** (1992): Für Volk und Vaterland. Die Militärpsychiatrie in den Weltkriegen. Münster; Hamburg: Lit.

**Kraepelin, E.** (1909): Psychiatrie – Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Auflage. Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth.

**Kraepelin, E.** (1923): Delirien, Halluzinose und Dauervergiftung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 54, S. 43-95.

**Kraepelin, E.; Lange, J.** (1927): Psychiatrie – Lehrbuch in zwei Bänden. 9. Auflage, Band II Klinische Psychiatrie. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.

**Krapf, E.** (1928): Epilepsie und Schizophrenie. Archiv für Psychiatrie 83, S. 547.

**Krapf, E.** (1932): Über cerebrale Störungen bei Hypertonikern. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, 5. Tagung, 131.

**Kretschmer, E.** (1922): Medizinische Psychologie. Leipzig: Thieme-Verlag.

**Kuhn, R.** (1988): Geschichte der medikamentösen Depressionsbehandlung. In: Linde, O.K. (Hrsg.). Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Klingenmünster: Tilla Verlag, S. 10-27.

**Küppers, E.** (1939): Die Schockbehandlung des manisch-depressiven Irresein. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 112, S. 436-445.

**Lange, J.** (1941): Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Auflage. Leipzig: Thieme-Verlag.

**LAS** Landesarchiv Speyer H3/8024/I, §37.

**Leibrock, Ellen** (1998): Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts: Eine Untersuchung am Beispiel der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster. Heidelberg: Palatina-Verlag.

**Leidesdorf, M.** (1865): Lehrbuch der psychischen Krankheiten. Erlangen: Enke Verlag.

**Leifheit, S.** (2004): Die Geschichte der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt Philippshospital, unter besonderer Berücksichtigung der Veränderungen während des Nationalsozialismus. Dissertation, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main.

**Linde, O.K.** (1988): Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Klingenmünster: Tilia-Verlag.

**Leipert, M.** (1987): Beteiligung der Rheinisch Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt Galkhausen an der Vernichtung psychisch Kranker und Behinderter im Nationalsozialismus. In: Styrnal, R.; Schwarzer, W. (Hrsg.). Verlegt nach unbekannt. Sterilisation und Euthanasie in Galkhausen 1933-1945. Köln: Rheinland-Verlag, S. 22-38.

**Loomer, H.P.; Saunders, I.C.; Kline, N.S.** (1957): A clinical and pharmacodynamic evaluation of iproniazid as a psychic energizer. Psychiatric Research Publication of the American Psychiatric Association 8, p. 129.

**Löwenfeld, L.** (1897): Lehrbuch der gesamten Psychotherapie. Wiesbaden: Bergmann Verlag.

**Mattauschek, E.; Pilcz, A.** (1912): Beitrag zur Lues-Paralysefrage. Zeitschrift für Neurologie, 8, S. 133.

**Mauz, F.** (1937): Die Veranlagung zu Krampfanfällen. Leipzig: Thieme-Verlag.

**Meduna, L.** (1939): Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. Rückblick und Ausblick. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 41, S. 165-169.

**Meggendorfer, G.** (1928): Intoxikationspsychosen. In: Bumke, O. (Hrsg.). Handbuch der Geisteskrankheiten, Band 7. Berlin: Springer Verlag, S. 380.

**Meyer, E.** (1912): Die Behandlung der Paralyse. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 50, S. 100-129.

**Mitscherlich, A., Mielke, F.** (1960): Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses. Frankfurt: Fischer Verlag.

**Mohr, F.** (1925): Psychophysische Behandlungsmethoden. Leipzig: Hirzel Verlag.

**Müller, E.-M.** (1984): Entwicklung der stationären psychiatrischen Versorgung zwischen 1852 und 1970 am Beispiel einer Privatklinik. Dissertation der Universität Ulm, Fakultät für Klinische Medizin.

**Müller, J.** (1920): Epilepsiebehandlung mit Luminal. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 22/23, S. 160-162.

**Müller, L.R.** (1939): Über die Behandlung von Schlafstörungen. Der Nervenarzt 12, S. 53-54.

**Müller, M.** (1941): Die Elektroschocktherapie in der Psychiatrie. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 43, S. 99.

**Nissl, F.** (1904): Zur Histopathologie der paralytischen Rindenerkrankung. In: Histologische und histopathologische Arbeiten über die Großhirnrinde mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. Volume 1. Jena: G. Fischer Verlag, S. 315-494.

**Novak, K.** (1977): „Euthanasie“ und Sterilisation im „Dritten Reich“. Halle/Saale: Niemeyer-Verlag.

**Nowotny, K.** (1926): Die Technik der individualpsychologischen Behandlung. In: Wexberg, E. (Hrsg.). Handbuch der Individualpsychologie, Bd. 1. München: Bergmann Verlag, S. 646-664.

**Panse, F.** (1969): Das psychiatrische Krankenhauswesen. Schriftenreihe aus dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens. Stuttgart: Thieme Verlag, Heft 19.

**Pilcz, A.** (1912): Lehrbuch der speziellen Psychiatrie. 3. Auflage. Leipzig; Wien: Franz Deuticke Verlag.

**Pohlisch, K.** (1926): Stoffwechseluntersuchungen bei chronischen Alkoholisten. Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie 62, S. 211.

**Pohlisch, K.** (1931): Die Verbreitung des chronischen Opiatmissbrauchs in Deutschland. Monatszeitschrift für Psychiatrie und Neurologie 79, S. 1-33.

**Pohlisch, K.; Panse, F.** (1934): Schlafmittelmissbrauch. Leipzig: Thieme-Verlag.

**Pschyrembel, W.** (1944): Klinisches Wörterbuch. 61. bis 84. Auflage. Berlin: Gruyter, S. 393 und 519.

**Reichardt, M.** (1940): Gutachten über Johann Sch.. In: Günther, K. (Hrsg.). Sammlung und Auswertung ärztlicher Gutachten aus der Kriegsbeschädigtenversorgung (Reichsversorgung) über die Bedeutung äußerer Einflüsse für Entstehung und Verlauf chronischer Leiden. Leipzig: Thieme, S. 17.

**Reiß, E.** (1910): Konstitutionelle Verstimmung und manisch-depressives Irresein. Zeitschrift für Neurologie 2, S. 347.

**Richtlinien über die Neurose** (1944). Erlassen auf der 4. Arbeitstagung der Beratenden Ärzte. In: Bericht über die 4. Arbeitstagung der Beratenden Fachärzte vom 16. bis 18. Mai 1944 im SS-Lazarett, Hohenlychen, S. 276.

**Rittershaus, E.** (1927): Die Irrengesetzgebung in Deutschland. Berlin: de Gruyter Verlag.

**Rödger, E.J.** (1944): Über die Kreislaufwirkung des Pervitins. Diss. Med., Leipzig.

**Sakel, M.** (1938): Neue Behandlungsmethoden der Schizophrenie. 2. Auflage. Leipzig; Wien: Verlag von Moritz Perles.

**Säker, G.** (1939): Behandlung des Deliriums tremens. *Der Nervenarzt* 12, S. 410-414.

**Sauer, H.; Lauter, H.** (1987): Elektrokrampftherapie. *Nervenarzt* 58, S. 201-216.

**Scherer, K.** (1998): Die Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein 1933 bis 1945. Herausgegeben vom Institut für pfälzische Geschichte und Volkskunde Kaiserslautern. Band 14.

**Schmiedel, V.** (1994): Die psychiatrische Behandlungspraxis in der Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg/Sachsen im Zeitraum 1933 bis 1945. Dissertation der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig.

**Schmidt, J.** (1983): Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Frankfurt/Main: Suhrkamp-Verlag.

**Schmuhl, H.-W.** (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ 1890-1945. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht-Verlag.

**Schneider, C.** (1922): Über Gedankenentzug und Ratlosigkeit bei Schizophrenen. *Zeitschrift für Neurologie* 78, S. 252.

**Schneider, K.** (1927): Handbuch der Psychiatrie: Die abnormen seelischen Reaktionen. Hrsg. von Aschaffenburg, G.. Leipzig; Wien: Franz Deuticke Verlag.

**Schöne, R.; Schöne D.** (1986): Zur Entwicklung und klinischen Anwendung neuer somatischer Therapiemethoden der Psychiatrie in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts unter besonderer Berücksichtigung der Schocktherapien und deren Nutzung in den deutschen Heil- und Pflegeanstalten. Dissertation der Universität Leipzig, Medizinische Fakultät.

**Schou, M.** (1988): Phasen der Entdeckungsgeschichte des Lithiums als Psychopharmakon. In: Linde, O.K. (Hrsg.). Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Klingenmünster: Tilia-Verlag, S. 196-216.

**Schubert, I.** (1984): Zur Geschichte und Entwicklung progressiver Formen der Familienpflege, der Agrarkolonie und der Arbeitstherapie in der Psychiatrie der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts – dargestellt u.a. am Beispiel Altscherbitz. In: Thom, A. (Hrsg.). Zur Geschichte der Psychiatrie im 19.Jahrhundert. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, S. 84-97.

**Schultze, E.** (1929): Morphinismus und Opiumgesetz. Der Nervenarzt 2, S. 695-696.

**Schwarz, H.** (1927): Über die Prognose des Morphinismus. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 63, S. 178-238.

**Seelert, H.** (1919): Die psychischen Erkrankungen nach akuter Kohlenoxydvergiftung. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 46, S. 43.

**Serejesky, M.** (1936): Die Anwendung der Dauernarkose in der Psychiatrie. Nevropat. 5, S. 713-734.

**Siemen, H. L.** (1987): Menschen bleiben auf der Strecke ... . Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus. Gütersloh: van Hoddiss.

**Siemen, H.L.** (1991): Reform und Radikalisierung der Psychiatrie in der Weltwirtschaftskrise. In: Frei, N. (Hrsg.). Medizin und Gesundheitspolitik der NS-Zeit. München: Oldenbourg-Verlag, S. 191-200.

**Siemen, H.-L.** (1993): Die Reformpsychiatrie der Weimarer Republik: Subjektive Ansprüche und die Macht des Faktischen. In: Kersting, F.-W.; Teppe, K.; Walter, B. (Hrsg.). Nach Hademar. Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20.Jahrhundert. Paderborn: Schöningh, S. 98-108.

**Simon, H.** (1929): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Nachdruck aus dem Jahre 1929. Berlin; Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1986, S. 152.

**Sjögren, T.** (1930): Die juvenile amaurotische Idiotie. Klinische und verebungsmedizinische Untersuchungen. Lund (Schweden): Berlingska Boktryckeviet.

**Spielmeyer, W.** (1926): Die anatomische Krankheitsforschung am Beispiel einer Huntingtonschen Chorea mit Wilsonschem Symptombild. Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie 101, S. 701-728.

**Stauder, K. H.** (1938): Konstitution und Wesensveränderung der Epileptiker. Leipzig: Thieme-Verlag.

**Stein, D. C.** (1993): Protektiv motivierte Korrekturen an den Diagnosen in den psychiatrischen Krankenblättern einer Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in der Zeit von 1933. Mikrofiche-Ausgabe.

**Stern, F.** (1928): Die epidemische Enzephalitis. 2. Auflage. Berlin: Springer.

**Sternbach, L.H.** (1988): Die Benzodiazepin-Story. In: Linde, O.K. (Hrsg.). Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Klingenmünster: Tilia-Verlag, S. 271-299.

**Thom, A.** (1989): Die Entwicklung der Psychiatrie und die Schicksale psychisch Kranker sowie geistig Behinderter unter den Bedingungen der faschistischen Diktatur. In: Thom, A.; Caregorodcev, G. (Hrsg.). Medizin unterm Hakenkreuz. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit, S. 127-165.

**Tölle, R.** (1996): Psychiatrie. 11. Auflage. Berlin; Heidelberg; New York: Springer-Verlag.

**Tourney, G.** (1967): A history of therapeutic fashions in psychiatry. American journal of psychiatry, 124, S. 784-796.

**Valentin, R.** (1981): Die Krankenbataillone. Sonderinformationen der deutschen Wehrmacht im Zweiten Weltkrieg. Düsseldorf: Droste Verlag, S. 142.

**Wagner, W.** (1940): Über Pellagra und ihre Behandlung mit Nicotinsäure. Der Nervenarzt 13, S. 166-172.

**Walter, B.** (1987): Psychiatrie in Westfalen 1918-1945. Soziale Fürsorge – Volksgesundheit - Totaler Krieg. In: Teppe, K. (Hrsg.). Selbstverwaltungsprinzip und Herrschaftsordnung, Bilanz und Perspektiven landschaftlicher Selbstverwaltung in Westfalen. Münster: Aschendorff, S. 115-134.

**Westphal, A.** (1915): Die Manie. In: Binswanger, O.; Siemerling, E. (Hrsg.). Lehrbuch der Psychiatrie. 4. Auflage. Jena: Verlag von Gustav Fischer, S. 90-100.

**Westphal, A.** (1936): Verteilung der „psychischen Erbkrankheiten“ auf die einzelnen Konstitutionen. In: Bumke, O. (Hrsg.). Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 4. Auflage. München: Verlag von J.F. Bergmann, S. 162-165.

**Weygandt, W.** (1936): Der jugendliche Schwachsinn. Stuttgart: Enke.

**Wilmanns, K.** (1910): Zur klinischen Stellung der Paranoia. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 32, S. 574.

**Wünschel, H.-J.** (2002): Die Pfalz in der Nachkriegszeit. In: Rothenberger, K.-H. (Hrsg.). Pfälzische Geschichte. Kaiserslautern: Institut für Pfälzische Geschichte und Volkskunde, Band 2, S. 219-247.

## 12 Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1	<b>Geschlechterverteilung 1932 - 1948</b>	Seite 75
Tabelle 2:	<b>Familienstand 1932 - 1948</b>	Seite 77
Tabelle 3:	<b>Anzahl der Kinder 1932 - 1948</b>	Seite 78
Tabelle 4:	<b>Konfession 1932 - 1948</b>	Seite 79
Tabelle 5:	<b>Einzugsgebiet - Wohnort 1932 - 1948</b>	Seite 81
Tabelle 6:	<b>Alter bei Aufnahme 1932 - 1948</b>	Seite 82
Tabelle 7:	<b>Beruf 1932 - 1948</b>	Seite 84
Tabelle 8:	<b>Frühere Psychiatrieaufenthalte 1932 - 1948</b>	Seite 85
Tabelle 9:	<b>Entmündigung 1932 - 1948</b>	Seite 86
Tabelle 10:	<b>Straffälligkeit 1932 - 1948</b>	Seite 88
Tabelle 11:	<b>Kostenträger 1932 - 1948</b>	Seite 89
Tabelle 12:	<b>Verpflegungsklasse 1932 - 1948</b>	Seite 90
Tabelle 13:	<b>Behandlungsdauer 1932 - 1948</b>	Seite 92
Tabelle 14:	<b>Zwangssterilisation 1932 - 1948</b>	Seite 93
Tabelle 15:	<b>Entlassungsmodus 1932 - 1948</b>	Seite 94
Tabelle 16:	<b>Todesursachen 1932 - 1948</b>	Seite 96
Tabelle 17:	<b>Diagnosen 1932 - 1948</b>	Seite 98
Tabelle 18:	<b>Diagnose - soziodemographische Merkmale 1932 -1948</b>	Seite 101
Tabelle 19:	<b>Psychopathologische Angaben 1932 - 1948</b>	Seite 105
Tabelle 20:	<b>Psychopathologie - Diagnoseschlüssel 1932 - 1948</b>	Seite 106
Tabelle 21:	<b>Therapieangaben 1932 - 1948</b>	Seite 112
Tabelle 22:	<b>Umgang mit Patienten 1932 - 1948</b>	Seite 117

### 13 Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1	<b>Krankheitsbefund am Ende des 19.Jahrhunderts</b>	Seite 68
Abbildung 2:	<b>Heilerfolge am Ende des 19.Jahrhunderts</b>	Seite 69
Abbildung 3:	<b>Prognose am Ende des 19.Jahrhunderts</b>	Seite 70
Abbildung 4:	<b>Geschlechtsverteilung 1932 - 1948</b>	Seite 75
Abbildung 5:	<b>Familienstand 1932 - 1948</b>	Seite 77
Abbildung 6:	<b>Anzahl der Kinder 1932 - 1948</b>	Seite 78
Abbildung 7:	<b>Konfession 1932 - 1948</b>	Seite 80
Abbildung 8:	<b>Einzugsgebiet - Wohnort 1932 - 1948</b>	Seite 81
Abbildung 9:	<b>Alter bei Aufnahme 1932 - 1948</b>	Seite 83
Abbildung 10:	<b>Beruf 1932 - 1948</b>	Seite 84
Abbildung 11:	<b>Frühere Psychatrieaufenthalte 1932 - 1948</b>	Seite 86
Abbildung 12:	<b>Entmündigung 1932 - 1948</b>	Seite 87
Abbildung 13:	<b>Straffälligkeit 1932 - 1948</b>	Seite 88
Abbildung 14:	<b>Kostenträger 1932 - 1948</b>	Seite 89
Abbildung 15:	<b>Verpflegungsklasse 1932 - 1948</b>	Seite 91
Abbildung 16:	<b>Behandlungsdauer 1932 - 1948</b>	Seite 92
Abbildung 17:	<b>Zwangssterilisation 1932 - 1948</b>	Seite 94
Abbildung 18:	<b>Entlassungsmodus 1932 - 1948</b>	Seite 95
Abbildung 19:	<b>Todesursachen 1932 - 1948</b>	Seite 97
Abbildung 20:	<b>Diagnosen 1932 - 1948</b>	Seite 99
Abbildung 21:	<b>Psychopathologische Angaben 1932 - 1948</b>	Seite 110
Abbildung 22:	<b>Therapieangaben 1932 - 1948</b>	Seite 113
Abbildung 23:	<b>Umgang mit Patienten 1932 - 1948</b>	Seite 117

## **14 Anhang**

### **Dokumente**

## Fragebogen

zur ärztlichen Untersuchung zwecks Aufnahme in die pfälzische  
Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein

Vor- und Zuname: Frau [REDACTED] Landau  
Beruf: beruflos geboren am 23. März 1898 in Zweibrücken  
wohnhafte zu [REDACTED]

### Vorbemerkungen.

Der ärztliche Bericht soll vor allem zur Feststellung der Geisteskrankheit und der Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung dienen. Er ist für die Entscheidung dieser Fragen die einzige Grundlage und besitzt somit besondere Wichtigkeit.

Außerdem soll der Bericht dem Anstaltsarzt aber auch einen sofortigen möglichst klaren Einblick in die Persönlichkeit und in die Vorgeschichte des Kranken geben. Beim Ausfüllen möge sich der Arzt ständig bewußt sein, daß nur erschöpfende und zuverlässige Angaben von wissenschaftlichem Werte sind.

Die Satzungen der Anstalt sind veröffentlicht im Kreisamtsblatt 1911 Nr. 10 Seite 53 ff und können auf den Bürgermeisterämtern eingesehen werden.

Ist die Aufnahme in die Anstalt nicht von einem Gerichte oder von der Distriktpolizeibehörde angeordnet, so sind folgende 5 Aufnahmebelege vorzulegen:

1. Ein ärztliches Zeugnis nach dem vorliegenden Formblatt. Ist das Zeugnis älter als 4 Wochen, so muß es einen neuen ergänzenden Vermerk über den augenblicklichen Zustand des Kranken enthalten.
2. Der bürgermeisteramtliche Fragebogen nach vorgeschriebenem Formblatt. (Anlage 1 zu den Satzungen.)
3. Eine amtlich beglaubigte Erklärung der beiden nächsten Angehörigen des Kranken oder gegebenenfalls des Vormundes, worin diese ihre Zustimmung zur Aufnahme des Kranken in die Anstalt geben. Falls keine Verwandten vorhanden sind, genügt statt ihrer Unterschrift die zweier ortsbekannter Persönlichkeiten.
4. Erhebungen bezüglich des Geisteszustandes des Aufzunehmenden durch das Bürgermeisteramt unabhängig von dem ärztlichen Gutachten.
5. Die Sicherstellung der Kosten für den Anstaltsaufenthalt.

Freiwillig in die Anstalt Eintretende benötigen folgende Aufnahmebelege: Nr. 2 und Nr. 5, außerdem ist ein ärztliches Zeugnis sehr erwünscht. Beim Eintritt erklärt der Kranke selbst sein Einverständnis mit der Aufnahme vor der Direktion.

Bei allen Aufnahmen sind die verlangten Belege vorher der Direktion einzusenden, die dann über die nachgesuchte Aufnahme entscheidet.

Pfälzische Kranke können aus auswärtigen Anstalten auf Grund der dortigen Aufnahmebelege unter Berücksichtigung der angegebenen Gesichtspunkte und unter Vorlage der Kosten sicherstellung übernommen werden.

In besonders dringenden Fällen kann die Aufnahme mit einem ärztlichen Dringlichkeitszeugnis und einer Kosten sicherstellung oder einem Vorstoß erfolgen. Die vorgeschriebenen Belege sind baldigst nachzuliefern.

Nicht zur Aufnahme in die Anstalt Klingenstein sondern in die Anstalt Franenthal zuständig sind:

1. Blödsinnige von Kind auf, Blödsinnige hohen Grades.
2. Epileptische, bei denen nicht zugleich eine ausgesprochene, vorherrschende Geisteskrankheit besteht.
3. Seelengefährte, welche mit äußerlichen, im hohen Grade entstellenden und Abscheu erregenden Nebeln, wie offenem Krebs, allgemeiner Syphilis usw. behaftet sind.

Die Fragebogen können von den Bezirksärzten bezogen werden.

Da der Bezirksarzt nur die Unterschrift, nicht den Inhalt des Fragebogens zu bestätigen hat, kann ihm der unterschriebene, aber noch nicht ausgefüllte Fragebogen unterbreitet werden.

Dokument 1:

Fragebogen zur ärztlichen Untersuchung zwecks Aufnahme in die pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Klingenstein

1. Name und Geburtsjahr des Vaters?  
 Name und Geburtsjahr der Mutter?  
 Sind die Eltern oder Großeltern des Kranken miteinander blutsverwandt?  
 In welchem Grade?

71  
 [redacted] - 13. 8. 1866.  
 [redacted] - 13. 3. 1877.  
 Nein.

2. Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen oder verbrecherische Neigungen, auffallende Talente oder Charaktere vorgekommen bei:  
 Vater? Mutter?  
 Großeltern? Onkel, Tante?  
 a) von Vater Seite?  
 b) von Mutter Seite?  
 Geschwistern?

Nein.

Leiden Kinder des Kranken an Geistes- oder Nervenkrankheiten und an welchen?

Nein.

3. Ist der Kranke ehelich geboren?  
 Wie verlief die Geburt?

Ja.  
 normal.

4. Wie verhielt sich der Kranke in der Kindheit?  
 Litt er an Krämpfen (Zerissen), nächtlichem Schreien, Bettnässen (in welchem Alter?), an Strofeln, Rachitis oder andern Krankheiten?

Nein.

Wie war die geistige Entwicklung?  
 Wie wurde sie durch Umgebung, Erziehung und wirtschaftliche Lage (Wohnung, Umgang u. a.) beeinflusst?

normal.  
 äußerst günstig.

Welchen Unterricht genöß der Kranke?  
 Mußte er Schulklassen wiederholen?  
 Welche?

Töchtersechule und Lehrerinnen-Seminar.  
 Nein.

5. Zeigte sich während der **Entwicklungsjahre** körperlich oder geistig etwas Auffallendes?

Die körperliche Entwicklung war gut. Im Essen war die Pat. sehr wählerisch. Sie war im ganzen immer etwas nervös und von krankhaftem Ehrgeiz im Lernen. Sie wollte unter allen Umständen immer die Erste sein auch im Fächern, die ihr nicht lagen und lernte oft die Nächte hindurch.

Was ist bezüglich Eintritts und Verhaltens der Regel zu sagen?  
 Beeinflusste sie den Gemütszustand?  
 Wann trat sie zuletzt ein?

Die Regel trat mit 17 Jahren auf, war immer regelmäßig, meist schmerzhaft. Bei Gemütszustand war während der Meneses immer getrübt.  
 Vor 14 Tagen letzte Menstruation.

6. Wie verhielt sich der Geschlechtstrieb?  
 Was ist bekannt über Selbstbefriedigung?  
 widernatürliche Veranlagung, über Weißfluß, geschlechtliche Ansteckung und deren Behandlung?

Der G. Trieb war stark ausgeprägt.

Nichts.

7. Wann verheiratete sich der Kranke?  
 Zahl und Zeitangabe, sowie Verlauf von Schwangerschaften und Entbindungen?  
 Verlauf der jeweiligen Stillzeit und deren Einfluß auf den Geisteszustand?  
 Ging dem jetzigen Irresein eine Entbindung voraus?  
 An welchem Tage des Wochenbettes trat es auf?

1923

1925 normale Schwangerschaft und Entbindung.  
 Das Kind konnte nicht gestillt werden.  
 Nein.

8. Angaben über Krankheiten, deren Verlauf und Heilung während des mittleren Alters.
1. Hat der Kranke jezt ein körperliches Leiden oder eine Mißbildung?
2. Erleidt er im Laufe seines Lebens eine Kopfverletzung? Wie lange war er gegebenenfalls bewußtlos und welche Folge hatte die Verletzung?
1. Im Jahre 1921 habe die Pat. einen Nervenzusammenbruch infolge Überarbeitung. Sie habe ein Jahr lang damit zu kämpfen.  
2. Nein.  
3. Nein.

9. Trübten besondere Unglücksfälle das Leben des Kranken? Wie war seine Wirtschaftslage (Wohnung, Kleidung, Beschäftigung, Kost, Umgang, Erfolge oder Mißerfolge?)  
Wie verhielt er sich seiner Umgebung gegenüber?  
Wie war seine religiöse Einstellung?  
War er Leidenschaften ergeben (Spiel, Trunk, geschlechtlichen Ausschweifungen)?
- Nein.  
Alles in bester Ordnung - keine Mißerfolge.  
gutmütig - extrovertiert - selbstbewusst  
sie fühlte sich als Protestantin zum Katholizismus hingezogen.  
Sexuelle Betätigung angeblich übermäßig.

10. Hat der Kranke früher schon einmal an Geistesstörung gelitten? wann? wie lange? wie oft? welche Krankheitszeichen bot er?  
Traten von Krankheit freie Zwischenpausen auf?  
Angaben über Ort und Dauer früherer Anstaltsaufenthalte des Kranken.
- Wsp. Dingen  
Ja. im vorigen Jahre war sie 6 Monate in der Irrenanstalt Clarinda in Iowa (Vereinigte Staaten), wurde dann abgesetzt nach Deutschland und lebt seither (mit Mai) bei ihren Eltern in Landau Ostbairn Nr. 35.  
Die Krankheit war nicht gefährlich, die Kranke hielt sich aber von hier wegzulassen Stimmung abgesetzt im ganzen ruhig.  
In Amerika habe sie mit widrigen Verhältnissen und Not zu kämpfen und machte einen Suizidversuch.
- Was wird als Ursache der jetzigen Erkrankung angegeben?

11. Trat die jetzt vorhandene Krankheit plötzlich ein? oder wurden vor, und gegebenenfalls wie lange vor dem Ausbruch der jetzigen Krankheit Vorläufer bemerkt, wie Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, Trübsinn?

Nein.

Der Zustand ist hier allmählich wieder verschlechtert. In periodisch wechselnder Heiterkeit, hohem Selbstgefühl, lässlicher Ausgelassenheit und weinerlicher, niedergedrückter Stimmung.

Bis wann verrichtete er noch seine Arbeiten?

Vor einer regelrechten Arbeit ist nicht die Rede. Manerimal besteht geistiger Widerstand, manerimal absolute Faulheit und Teilnahmslosigkeit.

12. Wann trat die jetzige Krankheit deutlich zu Tage? Wie war bisher deren Entwicklung und Verlauf?

Die ~~jetzige~~ jetzige Krankheit ist - wie unter 10 erwähnt - die Fortsetzung derjenigen, die ihre Hauptwurde in die Trennungsbahn Clarinda's notwendig machte.

Erregungen? Verstimmungen?

~~Die Krankheit~~  
Sie befindet sich immer im Zustand einer motorischen Kurage.

Ihr Blick ist oft geistesabwesend in die Ferne gerichtet; sie ist während des Gesprächs teilnahmslos, gleich darauf erzählt sie religiös lässelnd von persönlichen Feinden, großen Hoffnungen, kindlichen Neigungen um dann bald wieder zu klagen und zu weinen über kostlose Fehlschüsse und unerträgliche Zustände während der Menstruation.

Freie Zwischenzeiten?

Sinnestäuschungen? Wahnbildungen?

Dazwischen machen sich Momente religiöser Verträglichkeit über die herrliche Stimmung im katholischen Gottesdienste geltend.

Verfall der Persönlichkeit?

Das Haar ist unordentlich und die Kleidung läßt die sonst übliche weibliche Exactheit vermissen.

Selbstmordabsichten? Gewalttätigkeiten?

Dazwischen kommen zornige Aufregungen und das Spielern mit Selbstmordgedanken.

Krampfanfälle? Unreinlichkeit?

*Nein.*

13. Ist der Kranke vor oder in seiner Krankheit mit dem Strafgesetz in Widerstreit geraten? und gegebenenfalls wie? und wann? Ist er bestraft worden und wie?

*Nein.*

14. Bestehen Zeichen einer organischen Gehirnkrankung, wie Paralyse, Postencephalitis, Gehirngeschwulst (Störung des Sprechens, des Gehens, der Bewegungen, Störung der Sehkräfte, der Reflexe; Wassermann'sche Reaktion u. a.)?

*Nein.*

*W. R. wurde nicht gemacht.  
Verdacht auf Dues besteht nicht.*

15. Waren oder sind Krankheitsercheinungen der Brust und Unterleibsorgane vorhanden?

*Darüber ist mir nichts bekannt.*

16. Hat der Kranke oder ein Familienmitglied an Typhus, Ruhr oder andern fieberhaften Darmkrankungen gelitten?

*Nein.*

Herrschen diese oder andere ansteckende Krankheiten gegenwärtig in seinem Wohnorte?

*Nein.*

17. Wie ist das Benehmen des Kranken?  
Schläft er ruhig, oder ist er nachts störend?

Ist er stumpf? gefühllos? laut schreiend? tob-  
füchtig? schwermütig? zu Selbstmord oder Gewalt-  
taten geneigt?

Abgesehen von dem Gesichtsbau - ruhig,  
bei Schlaf ist sehr gut und ausgiebig!  
teilweise schwermütig und zu Selbstmord  
neigend.

Verweigert er die Nahrungsaufnahme und seit  
wann?

Nein.

18. Erfordert der Geisteszustand des Kranken seine  
Aufnahme in eine Heil- und Pflegeanstalt?  
(Art. 6 Abs. 1 der R. Z. B.)

Ja. Die Kranke ist sich selbst ge-  
fährlich und für die alten Eltern  
eine unerträgliche Last.

19. Wie wurde bisher auf den Kranken eingewirkt?

Mit suggestiver Sprache  
und Bädern.

Welche Arzneimittel erhielt er vor der Ueber-  
führung in die Anstalt?

Broschan.

### Zustimmungs-Erklärung.

Die Unterzeichneten erklären sich hierdurch mit der Unterbringung des  
 [redacted] geboren am 30. März 1901  
 31. Frankenbal, wohnhaft in Ludwigshafen am Rhein,  
 [redacted] Straße Nr. 18 in der Gail- u.  
 Pflegeanstalt Klingenmünster einverstanden.  
 Ludwigshafen a. Rh., den 19. Januar 1921.  
 [redacted] Naturwissenschaft  
 [redacted] Müller.

Die Echtheit vorstehender Unterschriften beglaubigt:

Ludwigshafen a. Rh., den 19. Januar 1921:



Das Bürgermeisteramt:

[Handwritten signature]

GR

Dokument 2:

Zustimmungserklärung zur Aufnahme des Patienten in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, unterschrieben von zwei Familienangehörigen

## Bürgermeisteramtliche Bestätigung.

§ 17 III. b. Ziff. 3 der Anstaltsstatuten für die Anstalt Klingenmünster.

Auf Grund zuverlässiger Erkundigung unabhängig von dem ärztlichen Gutachten — wird hiemit  
 beauftragt, daß **Frau** [REDACTED] geb. [REDACTED], geb. [REDACTED]  
 in **Zweibrücken**, wohnhaft in [REDACTED]

geistesgehebrt ist.

L<sup>and</sup>au i. <sup>a</sup>. Pf., den 21. 7. 19 33



Das Bürgermeisteramt: *[Handwritten Signature]*

*[Handwritten Signature]*

150 d Nachdruck verboten.  
 Kgl. Preuss. Druckerei G. m. b. H., Kaiserslautern.

Dokument 3:

*Bürgermeisteramtliche Bestätigung*, dass der Patient geistesgestört ist

# Fragebogen

durch das Bürgermeisteramt zu beantworten bei

Aufnahme von Patienten

in die

Heil- und Pflegeanstalt  
Klingenmünster.

Dokument 4:

*Fragebogen*, der bei Aufnahme durch das Bürgermeisteramt zu beantworten ist, der Angaben zu Person des Patienten, Verbrechen, Verpflegungsklasse, Vermögensverhältnisse, Entmündigung und frühere Anstaltsaufenthalte macht.

I. a. Familien- und Vorname? [redacted]  
 b. Geburtsort? Pirmasens  
 c. Bezirksamt? "  
 d. Wo hat der Kranke seinen gewöhnl. Aufenthalt? "

II. a. Best. Wohnst. nach § 7 B. G. B.? Pirmasens  
 b. Best. Aufenthaltsort? Universitätsklinik, Heidelberg

III. Geburtsjahr und Tag? 25. 4. 1896

IV. Familienstand:  
 a. Unverheiratet, verheiratet, verwitwet, geschieden?  
 b. Stand oder Gewerbe des Patienten? Fabrikarbeiter  
 c. Vor- und Familienname, Stand oder Gewerbe und Wohnort bezw. letzter Wohnort  
 1) des noch lebenden oder verstorbenen oder geschiedenen Ehegatten?  
 2) sowie der Eltern des Patienten?  
 1) Legner Emma, geb. Köcher, Leppens  
Pirmasens, Schwarzenst. 3  
 2) Legner Friedrich, Leinpfalzenstr. 10  
W. Lüsse, geb. Kilian in  
Pirmasens, Schwarzenst. 3

V Sind Kinder vorhanden? nein  
 Wie viele? 0  
 Welchen Alters? 0  
 „ Geschlechts? 0

VI. Glaubensbekenntnis? prot.

VII. Sind Verbrechen oder auffallende Vergehen (und zwar welche?) vorgekommen bei Vater, Mutter, ferner bei Großeltern, Onkel, Tante?

a. nicht bekannt.

a. von väterlicher Seite?

b. /

b. von mütterlicher Seite?

/

VIII. a. Angabe der Verpflegsklasse in welcher der Kranke verpflegt werden soll?

III.

b. Eingehende Schilderung der Vermögens-, Einkommens- und Erwerbsverhältnisse des Kranken und seiner unterhaltungspflichtigen Angehörigen?

b. Der Patient arbeitet bisher bei seinem Vater als Arbeiter. Nachdem sich die wachen Vermögen einstellten ließ er sich von 1. Oktober nach Heinstellung überführen. Seit dieser Zeit arbeitet er als Arbeiter bei der Fabrik. Bei der letzten Zeit hat er sich mit einem geringen Gehalt als einmündiger Arbeiter bei einer Fabrik voran. Der Vater (Fabrikant) hat sich bereit erklärt sowohl den entsprechenden Lohn zu zahlen.

c. Angabe, ob der Kranke einer Kranken- oder Unterstützungskasse angehört und zutreffenden Falles bis zu welchem Tage (einschließlich) die Unterstützungspflicht dauert?

nein.

d. Hat der Kranke Anspruch auf Unfall- oder Invalidenrente und in welcher Höhe?

d. nein

e. Notorische Armut mit Übernahme des Verpflegsbetrags auf Gemeindefressen wegen gleichzeitigen Abgangs oder Unvermögenheit der gesetzlich zum Unterhalte verpflichteten Verwandten?

e. \_\_\_\_\_

f. Zahlenangabe der unversorgten Geschwister bei unselbständigen Kranken?

f. /

IX. Ist der Kranke einmündig und wer ist der Vormund?

nein.

X. War Patient schon in einer anderen Anstalt? In welcher?

In keiner Anstalt war in der Universitätsklinik Heinstadt.

Auf eigene Kosten verpflegt oder auf öffentliche und in welcher Klasse?

II.

Aufgestellt zu

*Pirmasens*, den *10. Oktober* 19*32*



Das Bürgermeisteramt:

*M. Müller*



2. kt Nr. .... / 191 .....

Aufgenommen auf Grund:

# Krankengeschichte

Klingenmünster

des am 29. ten Januar 1932 in die Heil- und Pflegeanstalt ~~Bobenthal~~ aufgenommen

Die Krankheitsgeschichte muß von den Anst.-Verst. dem R. G. n. 28 §. 11 Nr. 1688 A mit größter Sorgfalt vollständig und öfentlich zu führen. Es ist zu beachten, daß die Krankheitsgeschichte jederzeit von den Anst.-Verst. genommen werden können. Sie müssen daher in einem Zustand sein, der die Vorlage ermöglicht. Insbesondere auch die Bedeutung einer Urkunde im Sinne des § 267 Nr. 16. 23. bezeugt werden kann. Willkürliches Vorgehen ist unzulässig.

Die amtliche Aufnahmezählkarte ist vorgegedruckt und dient zur Ausarbeitung des Jahresberichtes.

## Amthche Aufnahmezählkarte.

..... Anstalt zu Klingenmünster

Rezeptions-Nr. ....

1. Aufgenommen den 29. ten Januar 1932

2. Name ..... Vorname .....  
Geschlecht männlich

3. Geburtsort Bobenthal Bezirksamt Pirmasens

4. Legter Wohnsitz resp. Aufenthaltsort (vor der Aufnahme) Bobenthal  
Gefängnis? .....

5. Anstalt? .....

6. Geburts-Jahr und Tag? .....

7. Familienstand:  
Unverheiratet?  Verheiratet? verheiratet  
Verwitwet? .....

Sind Kinder vorhanden? .....

Welchen Alters und Geschlechts? 2 m. u. 3 wbl.

8. Glaubensbekenntnis? katholisch

9. Stand oder Beruf? Steinbracher

10. Krankheitsdauer vor der Aufnahme? (Nach Jahren und Monaten) .....

11. A) Sind Vater und Mutter mit einander blutsverwandt? .....

In welchem Grade? .....

Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten (und zwar welche?) .....

oder Selbstmord .....

Bergehen (und zwar welche?) .....

Charaktere und Talente (und zwar welche?) .....

vorgekommen bei:

I. Vater? .....

II. Großeltern? .....

Tante? .....

a) von Vaters Seite? .....

b) von Mutter Seite? .....

III. Geschwistern? .....

Ist Patient unehelich geboren? .....

B) Andere Ursachen? .....

11. Leiden Kinder des Patienten an Geistes- oder Nervenkrankheiten? .....

In welchen? .....

12. Ist Patient mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten? .....

Wodurch? .....

Wann? .....

In welcher Weise? .....

13. Krankheitsform: .....

a) Einfache Seelenstörung? .....

b) Paralytische Seelenstörung? .....

c) Seelenstörung mit Epilepsie, mit Hysterieepilepsie? .....

d) Imbezillität (angeborene), Idiotie, Kretinismus? .....

e) Delirium potatorum? .....

f) nicht geisteskrank? .....

14. Sind Komplikationen mit konstitutionellen Krankheiten vorhanden? .....

welche? .....

15. Sind körperliche Mißbildungen vorhanden? .....

welche? .....

16. War Patient schon in einer Anstalt? .....

In welcher? .....

bis .....

In welcher? .....

bis .....

In welcher? .....

bis .....

17. Wird Patient auf eigene Kosten OFV. Bobenthal oder auf öffentliche Kosten verpflegt? .....

In welcher Klasse? III.

Dokument 6:

Krankengeschichte, d.h. der ärztliche Bericht, der Aussagen zu Ursache, Beginn und Verlauf der aktuellen Krankheit machte

### Krankheitsverlauf.

Ursache, Beginn und Verlauf der jetzigen Krankheit.  
(Anamnese ist sobald als möglich von den Angehörigen etc. zu erholen.)

Auszug aus dem ärztl. Fragebogen von Dr.

-Rumbach v. 15. I. 32:

Eltern nicht blutsverwandt, 1 Bruder begann Selbstmord mit 20 Jahren, 1 Bruder im Zuchthaus gestorben, Kinder des Pat. gesund. Pat. selbst ist ehelich geboren, Geburt ohne Besonderheiten. Verhalten in der Kindheit unbekannt, wuchs unter ärmlichen Verhältnissen mit noch 5 Geschwistern auf, besuchte die Volksschule in Bobenthal. Heirat 14. XI. 1902. Pat. hat zweimal Lungenentzündung im mittleren Alter überstanden. Tod des ältesten Sohnes im Krieg 1915, zwei Jahre später ein Sohn an Herzschlag gestorben. Kleine Verhältnisse, bescheidene Lebensstellung als Waldarbeiter. Der Umgebung gegenüber verträglich, regelmässiger Kirchenbesuch. Keine Leidenschaften wie trunk, Spiel etc.

1915 im Januar Erregungszustände, mehrere Monate hindurch. Keine Anstaltsbehandlung.

Ursache der jetzigen Erkrankung unbekannt. 3 Wochen vor Beginn der jetzigen Erkrankung verstimmt, trübsinnig. Hat bis 9. I. 32 gearbeitet. Am 13. I. 32 starker, plötzlich auftretender Erregungszustand. Glaubte sich von 3 Gendarmen verfolgt, will sich das Leben nehmen. Im Laufe der letzten Tage wieder ruhiger. Freie Zwischenzeiten.

Pat. ist mit dem Strafgesetz noch nicht in Konflikt geraten. Gegenwärtiges Benehmen: Ist jetzt ruhig, schläft ohne Störung (mit Medikamenten), schwermütig. Keine Nahrungsverweigerung. Es besteht Anstaltspflegbedürftigkeit. Medikamentös wurde auf den Kranken eingewirkt. Vor der Ueberführung erhielt Pat. Brom - Paraldehyd.

Krankheitsverlauf	
<b>Status praesens</b>	
a) somatischer:	gut, mässiges Fettpolster
Schädel:	normale Form, keine Hernien, keine Druckempfindlichkeit
Stirn:	G.B.
Haare:	grau
Ohren:	o. b.
Gaumen und Zähne:	nur noch die unteren Schneidezähne und Eckzähne vorhanden
Zunge:	nicht belegt, wird gerade vorgestreckt
Gesicht:	
Facialisinnervation:	intakt
Augen (Pupillen etc.):	Pupillen gleichweit, die linke etwas mehr verzogen, reagieren beide auf Lichteinfall u. Konvergenz.
Struma:	
Lungen:	geringen normal, nicht sehr vergrößert, aber die ganze Lunge mit Ausnahme d. vorderen unteren verdrängten ist normal.
Herz:	nicht vergrößert; Töne rein, aber Aorta und Pulmonalis jeweils sehr leise.
Abdomen, Abdominal- und Geschlechtsorgane:	
Abdomen o. b.:	Rechtsseitiger Leistenbruch, Inhalt im Leistenkanal tastbar.
Harn:	
Drüsenanschwellungen:	keine
Reflexe:	Sämtliche Sehnenreflexe beiderseits vorhanden, jedoch nur schwach
Romberg:	negativ
Tremor:	kein Formor-
Motilitätsstörungen:	keine

### Krankheitsverlauf

Sensibilitätsstörungen: *keine*

Sprache und Schrift:

*Sprache frei*

Verlegungen, Mißbildungen, Hernien: *rechtsseitige Leistenhernie*

a) psychischer:

*Der Patient ist öftlich und zeitlich wohl orientiert. Erinnerungs- der Intelligenzleiste nicht nachgewiesen; auch die Werkfähigkeit ist nicht gestört.*

*Was wenn die Sprache auf seiner Anfertigkeit und seine Einweisung in die Anstalt kommt, will er sich an nichts mehr erinnern können. Aber von Aufregungsgenständen und was was er bekommen werden will er sich wissen.*

*Der Patient, der bei seiner Einweisung wohl ziemlich aufgeregt war, hat sich inzwischen gänzlich beruhigt.*

4. Febr. 32. *Pat. ist beneidlich und aufgeregt, beschäftigt sich beim Rechten. Wie er spontan erzählt, geht und gefällt es ihm hier schon sehr. - Jedoch Aufregungsgenstände und Bildbroschüren geht zu lassen versinkt er immer mehr.*

5. Febr. 32. *Pat. hat nach dem Recht einen Rest des linken Gumpelknies abgewirren. Untersuchung am Abend ergibt Rötung und Schwellung der Gelenke u. des Perimphären bis über das Gumpelknies hinaus. Lymphangitis des l. Unterarmes. Temperatur 37,8°.*

7. Febr. 32. *Die Lymphangitis ist unter Allololbehandlung zurückgegangen. Keine Schwellung, keine Rötung mehr. Am Vorfalle tritt Eiter aus, der durch lat. Eiter in die Haut abfließen verhindert wird. Temperatur 37,8°. - Pat. hatte gestern Besuch seiner Frau u. o. Sohnes. Beide nach seiner Angabe immer gestört durch Stimmen, die ihm "schlechtes" system. Pat. ist munter und will aufstehen.*

21. März 32. *Pat. befragt sich im Allgemeinen unzufrieden, dünnt jedoch zeitweise stark hinzu, weil seine Zeit abgelaufen und er jahrelang "trotz" sei. Wenn die ihm besonderen Angelegenheiten fort sind, kommt er regelmäßig in heller Aufregung zum Arzt und bittet um Erlösung, da er vergessen habe, mit seiner Anstalt mehr Thesen zu sehen.*



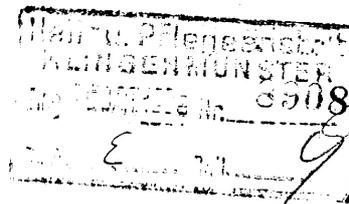
Tag	Krankheitsverlauf	Bemerkungen
	<p>auch darin, daß er dummer Weise die Ausführung einer Kerkentarbeit verwirrt habe; wenn er sie prinzipiell schon hätte, wäre er vielleicht nicht gekommen. Beim Kanadischen Krieg, in der letzten Woche verzichtete das Patentamt der vielen Tadeln mit. Jagen. Ich mit dem ersten für die Burg sprach, wenn er dort sein und seit und amüsante ist. Das ist im nächsten Tage wurde dem Kaiser ein; Ich habe von ihm von einem seiner Anwalt; wäre ich gleich mitgegangen, hätte ich überreicht &amp; den Thron. Der befehlte Kanadent immer ernste Selbstmordabsichten gehabt zu haben, das von Sabbatkeisen habe er mir so gesagt. Gelebt ruhig. Essen worden nicht.</p>	
24. Juli 32.	Heute probweise und Fausc enthalten	Wk/ nach Fausc

V. V. 135/32.

**Bayerisches Amtsgericht Landau i. d. Pf.**  
 Postfach-Ronto Nr. 1401, Ludwigsbafen a. Rh.  
 Fernsprecher 3294

Landau i. d. Pf., den 3. Januar 1923.

An  
 Die Direktion  
 der Heil- und Pflegeanstalt  
 Klingenmünster.

Betreff:

Vormundschaft über [redacted], geb. [redacted],  
 geb. [redacted], geschiedene Ehefrau von [redacted],  
 [redacted], von Landau i. d. Pf., z. Zt. in der Heil-  
 und Pflegeanstalt Klingenmünster.

Als Vormund der wegen Geisteskrankheit entmündigten Ehefrau  
 [redacted] ist deren Vater [redacted], Oberinspektor a. D.,  
 in Landau - [redacted] - bestellt.

*Necker,*  
 Amtsinhaber  
 als Rechtsbeistand

Dokument 7:

Amtsgerichtlicher Beschluss für eine Vormundschaft

## Zahlungsverpflichtung.

Der Unterzeichnete Vormund [REDACTED], von  
Ludwigshafen, [REDACTED]

macht sich hiermit verbindlich, für [REDACTED]  
geboren am [REDACTED]

während der Zeit des Aufenthaltes in der Kreis- Heil- und  
Pflegeanstalt Klingenmünster die Verpflegskosten für die  
II. Klasse nach dem vom Kreisausschuß der Pfalz, festzu-  
setzenden Verpflegssatze nebst 2. % Zuschlag rechtzeitig  
und auf 1/12 Jahr voraus zu bezahlen, auch die Anstalt voll-  
kommen zu entschädigen, sowohl für das, was außer der vor-  
schriftsmässigen Wart und Pflege d<sup>er</sup> Kranken verabreicht  
wird, als für alle sonst etwa durch d<sup>er</sup> Kranken entste-  
hende Unkosten.

Zugleich verpflichtet er sich, die noch fehlenden  
Aufnahmebelege innerhalb 3 Tagen zu beschaffen, andernfalls  
der Kranke unverweilt auf seine Kosten wieder zurückge-  
bracht wird.

Als Gerichtsstand wird für beide Teile Landau, Pfalz  
vereinbart.

Ludwigshafen . . . . den 26. Januar . . . 1931.

[REDACTED SIGNATURE]

Die Echtheit vorstehender Unterschrift bestätigt  
mit dem Beifügen, daß der Aussteller in der Lage ist,  
seinen oben übernommenen Verpflichtungen nachzukommen.

Ludwigshafen a. Rh. den 26. Januar . . . 1931.



Das Bürgermeisteramt:

[REDACTED SIGNATURE]

[REDACTED SIGNATURE]

Dokument 8:

Zahlungsverpflichtung für die Verpflegungskosten der Angehörigen

### Vergleich von Diagnose mit Psychopathologien, Therapie und Umgang mit Patienten

	Diagnose	Psychopathologie*		Therapie*		Patientenumgang*	
		1932	1948	1932	1948	1932	1948
	<b>keine</b>	kognitive Störung	keine Psychopathologie	keine	keine	respektvoll	respektvoll
<b>1</b>	<b>Angeborener Schwachsinnszustand</b>	Erregung Aggression, Gewalttätigkeit, kognitive Defizite	Erregung Aggression, Gewalttätigkeit, kognitive Defizite	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie, Pflege, medikamentöse Therapie	respektvoll	respektvoll
<b>3</b>	<b>Progressive Paralyse</b>	Erregung, Aggression, psychomotorische Unruhe, kognitive Defizite	nicht vorhanden	medikamentöse Therapie	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
<b>5</b>	<b>Encephalitis epidemica</b>	Erregung, Aggression, Gewalttätigkeit Depression, psychomotorische Unruhe, kognitive Defizite	nicht vorhanden	medikamentöse Therapie, Sicherheitsverwahrung	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
<b>6</b>	<b>Psychische Störung des höheren Lebensalter</b>	Erregung, Depression, Aggression, Verwirrtheit	Desorientierung, psychomotorische Unruhe, Erregung, Verwirrtheit, kognitive Defizite	Zwangsmaßnahmen, Pflege, medikamentöse Therapie	Pflege, Elektroschock, medikamentöse Therapie	respektvoll	respektvoll
<b>7</b>	<b>Huntingtonische Chorea</b>	Suizidgefahr, Erregung, psychomotorische Unruhe, Depression, kognitive Defizite	nicht vorhanden	medikamentöse Therapie, Arbeitstherapie	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
<b>8</b>	<b>Multiple Sklerose</b>	Desorientierung, Depression	Erregung, Depression, Aggression, psychomotorische Unruhe, kognitive Defizite	medikamentöse Therapie	Pflege, Begutachtung	respektvoll	respektvoll

	Diagnose	Psychopathologie*		Therapie*		Patientenumgang*	
9	<b>Psychische Störung bei akuten Infektionen</b>	Wahnvorstellungen, Erregung, Suizidgefahr	nicht vorhanden	medikamentöse Therapie	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
10	<b>Alkoholismus</b>	Aggression, Gewalttätigkeit	Aggression, Gewalttätigkeit, psychomotorische Unruhe	Arbeitstherapie	Arbeitstherapie, Pflege, physikalische Therapie, medikamentöse Therapie	respektvoll	despektierlich
14	<b>Schizophrenie</b>	Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Erregung, Aggression, psychomotorische Unruhe, Verwirrtheit, Gewalttätigkeit, formale Denkstörung	Wahnvorstellungen, Depression, Suizidalität, Erregung, Aggression, psychomotorische Unruhe, formale Denkstörung, Störung des Selbst	Arbeitstherapie, medikamentöse Therapie	Arbeitstherapie, Elektroschock, medikamentöse Therapie	respektvoll	respektvoll
15	<b>Manisch-Depressives Irresein</b>	Wahnvorstellungen, Suizidgefahr, Erregung, Depression, Angst	Erregung, Aggression, psychomotorische Unruhe	medikamentöse Therapie, Arbeitstherapie, physikalische Therapie	Elektroschock, medikamentöse Therapie	respektvoll	respektvoll
16	<b>Psychopathische Persönlichkeit</b>	Erregung, Aggression, Gewalttätigkeit	nicht vorhanden	Keine Therapie	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
17	<b>Abnorme Reaktion</b>	Erregung, Depression, Aggression, Gewalttätigkeit, psychomotorische Unruhe	Erregung, Depression, Aggression, Gewalttätigkeit, Suizidalität, psychomotorische Unruhe	medikamentöse Therapie, Arbeitstherapie, gutes Zureden, Pflege	Arbeitstherapie Elektroschock, medikamentöse Therapie	respektvoll	despektierlich
18	<b>Psychopathische Kinder</b>	keine	nicht vorhanden	Pflege	nicht vorhanden	respektvoll	nicht vorhanden
21	<b>Carcinom</b>	keine	keine	Pflege	physikalische Bäder, medikamentöse Therapie	respektvoll	respektvoll

\* Die Angaben beziehen sich auf das häufigste Auftreten innerhalb einer Merkmalsgruppe

## **Selbstständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit ohne unzulängliche Hilfe und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt wurde. Aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommene Gedanken in der Arbeit wurden als solche kenntlich gemacht.

Diese Arbeit und ihre Bestandteile wurden nicht für eine anderweitige Prüfung eingereicht.

Iptingen, den 05.08.2008

Dipl.-Psych. Britta Setzer

**Lebenslauf**

Britta Setzer

geboren am: 05. Dezember 1964 in Göppingen

Nationalität: Deutsch

Familienstand: Verheiratet, 1 Tochter

Ausbildung:

1993 - 1994: Studium der Mathematik an der Fachhochschule für Technik, Stuttgart

1994 – 1999: Studium der Psychologie (Diplom) an der Universität Koblenz-Landau, Abteilung Landau

Oktober 1999: Diplom in Psychologie

Oktober 2005: Akkreditierung als Klinische Neuropsychologin (GNP)

Berufstätigkeit:

1999 - 2000: Freie Mitarbeit in der psychotherapeutischen Praxis Jürgen Kässer, Dettenhausen

seit April 2000: Neuropsychologin an den Ruland-Kliniken, Klinik für neurologische und orthopädische Rehabilitation, Waldbronn

2000-2008: Eigene lerntherapeutische Praxis, Pforzheim

2004-2007: Leitende Psychologin für den Bereich Klinische Psychologie/Neuropsychologie des Ambulanten Reha zentrums Neuromed, Bietigheim-Bissingen

seit Juni 2008: Leitende Psychologin für den Bereich Klinische Psychologie/Neuropsychologie des Ambulanten Reha zentrums Neuro-Reha, Marbach