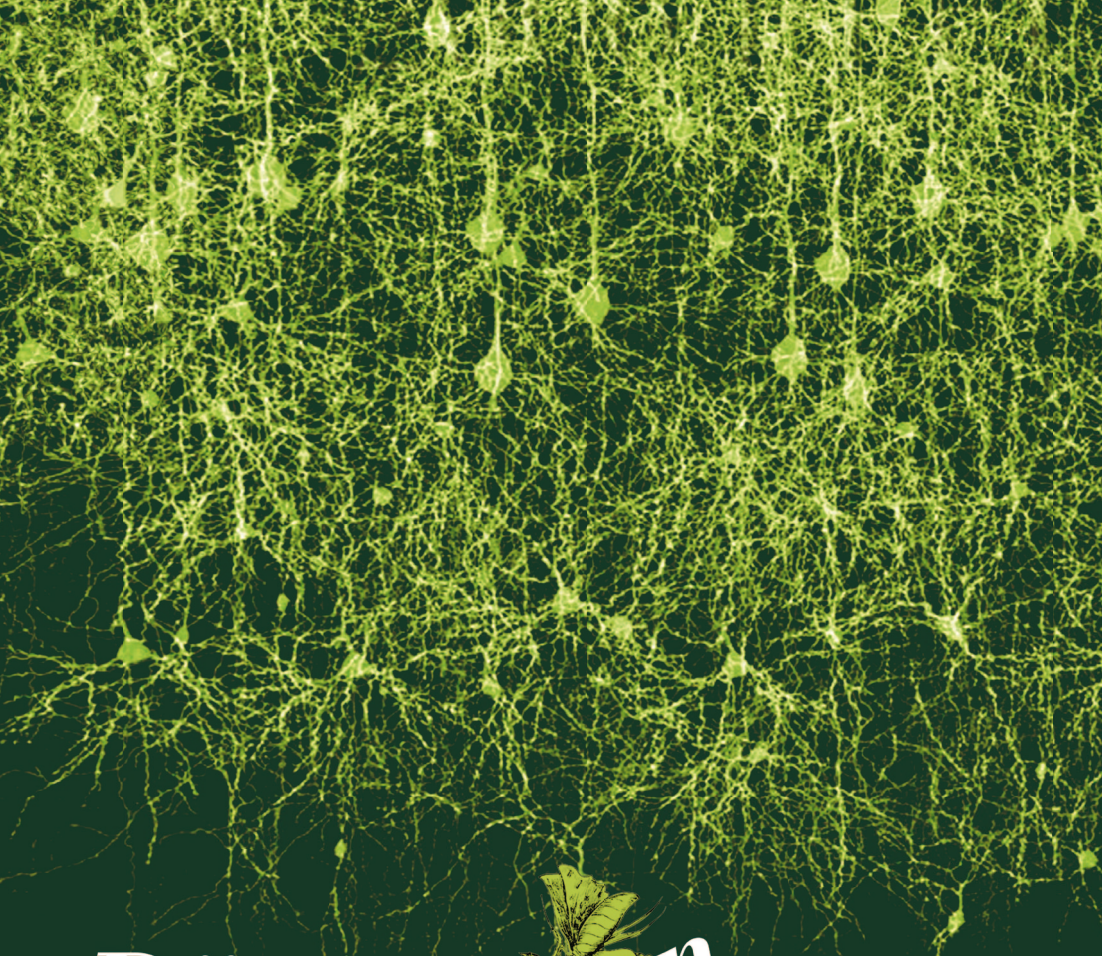




Dämonen & Neuronen

QUELLEN ZUR ENTWICKLUNG DER PSYCHIATRIE

Von der Antike bis zur Gegenwart

Herausgegeben von Christfried Tögel und Peter Wellach

Dämonen und Neuronen

Quellen zur Entwicklung der Psychiatrie

Von der Antike bis zur Gegenwart

Herausgegeben von Christfried Tögel und Peter Wellach

1. Auflage 2011

© SALUS-Institut Magdeburg (www.salus-institut.de)

© beier+wellach projekte (www.beier-wellach.de)

Druck und Binden: Druckerei Schlüter GmbH & Co. KG, Schönebeck

INHALT

VORWORT	7
EINBLICKE IN DIE WANDERAUSSTELLUNG.....	8
QUELLEN	11
1. VON VERIRRTEN SEELEN UND ENTFÜHRTEM VERSTAND – PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN SCHRIFTLOSEN KULTUREN.....	13
1.1 Sibirien	13
1.2 Sri Lanka	14
2. HEILSCHLAF ALS SEELENBEHANDLUNG – PSYCHISCHE STÖRUNGEN IM ALTERTUM UND DER ANTIKE	16
2.1 Papyrus Ebers (ca. 2000 v.u.Z.).....	16
2.2 Aristoteles: Über die Seele (4. Jhd. v.u.Z.).....	18
3. TEUFELSWERK & DÄMONENBRUT – DAS CHRISTLICHE MITTELALTER	21
3.1 Das Neue Testament: “Jesus als Dämonenaustreiber” (1. Jhd.).....	21
3.2 Dämonengeißel (1576)	27
3.3 Das Rituale Romanum (1614)	30
3.4 Gabriele Amorth: Der Exorzist der Diözese Rom (2002, 2004).....	34
4. HILFE UND SANFTMUT STATT GEISTER & DÄMONEN – DIE BEHANDLUNG PSYCHISCHER KRANKER IM ISLAMISCHEN MITTELALTER.....	45
4.1 Der Koran (7. Jhd.).....	45
4.2 Avicenna: Kanon der Medizin (11. Jhd.)	46
4.3 Das Bimaristan in Kairo (13. Jhd.)	48
5. DIE PSYCHIATRIE WIRD MENSCHLICH(ER) – DIE ERSTEN SCHRITTE ZU REFORMEN IN DER PSYCHIATRIE.....	49
5.1 Philippe Pinel: Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverwirrungen oder Manie (1801)	49
5.2 Samuel Tuke: Description of the Retreat (1813)	51
5.3 Jean Etienne Dominique Esquirol: Allgemeine und specielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen (1805).....	53
6. HIER SCHEIDEN SICH DIE GEISTER - DIE ZWEITE PSYCHIATRIEREFORM	54
6.1 Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (1845)	54

6.2 Wilhelm Griesinger: Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland (1868).....	64
6.3 Konrad Alt: Über ländliche Beschäftigung der Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege (1908).....	91
6.5 Christian Friedrich Wilhelm Roller: Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen dargestellt – Inhaltsverzeichnis (1831).....	97
7.1 Fritz Lenz: Die Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger (1921).....	106
7.2 Alfred Hoche: Ärztliche Bemerkungen (1920).....	111
7.3 Alfred Grotjahn: Die qualitative Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung (1926).....	118
7.4 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933).....	130
7.5 Petra Fuchs, Maike Rotzoll, Paul Richter, Annette Hinz-Wessels & Gerrit Hohendorf: Die Opfer der „Aktion T4“: Versuch einer kollektiven Biographie auf der Grundlage von Krankengeschichten. 136	
8. PSYCHIATRIE WIRD POLITISCH - DIE DRITTE PSYCHIATRIEREFORM.....	163
8.1 Hans Roemer - Die offene Geisteskrankenfürsorge und die wissenschaftliche Psychiatrie (1927).....	163
8.2 DDR – Rodewischer Thesen (1963).....	175
8.3 DDR - Klaus Weise & Otto Bach: Zum Problem der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems (1976).....	178
8.4 BRD – Frank Fischer: Irrenhäuser. Kranke klagen an (1969).....	188
8.5 BRD – Heinz Häfner: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik (1965).....	192
8.6 BRD – Psychiatrieenquete (1975).....	216
9. WALL OF FAME – BERÜHMTE KÖPFE DER PSYCHIATRIE.....	241
9.1 Jean-Martin Charcot (1825-1893).....	241
9.2 Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936).....	246
9.3 Sigmund Freud (1856-1939).....	263
9.4 Emil Kraepelin (1856-1926).....	271
9.5 Eugen Bleuler (1857-1939).....	277
9.6 Julius Wagner-Jauregg (1857-1940).....	288
9.7 Carl Rogers (1902-1987).....	294
9.8 Eric Kandel (geb. 1929).....	295
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	297

VORWORT

Psychische Störungen sind so alt wie die Menschheit – und ebenso alt sind die Vorurteile, Unwissenheit und Ängste, die trotz der enormen medizinischen Fortschritte noch immer in vielen Menschen verankert sind. Auch wenn wir heute wissen, dass Krankheiten der Seele weder eine Strafe der Götter noch der Fluch böser Geister sind, so treten wir Betroffenen nicht selten mit großen Vorbehalten gegenüber. Aber warum? Wieso begegnen wir Krankheiten des Geistes weitaus befangener als denen des Körpers? Dabei ist die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung kaum geringer als die einer physischen. Laut WHO erfolgt weltweit jeder vierte Arztbesuch aufgrund eines psychischen Leidens. Auch in Deutschland tragen 25 % der Krankschreibungen eine solche Diagnose; bei den Ursachen für Krankenhauseinweisungen belegen psychische Störungen sogar die ersten vier Plätze. Nicht ohne Grund zählen Depressionen zur Volkskrankheit Nr. 1. Die Wanderausstellung „Dämonen & Neuronen“ lädt deshalb zu einer Reise ein. Einer Reise, die vom Verständnis und der Behandlung psychischer Erkrankungen in verschiedenen Epochen, Kulturen und Religionen erzählt. Die den langen Weg von der „Besessenheit“ zum heutigen Verständnis psychischer Erkrankungen mit ihren Perspektiven aufzeigt. Die ausgewählte Symptome, Diagnosen und Therapien aus der Sicht von Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten vorstellt. Einer Reise, die an ihrem Ende hoffentlich ihr Ziel erreicht hat: Mehr Wissen, besseres Verständnis und höhere Akzeptanz für die Krankheiten des Kopfes.

Eine Wanderausstellung hat den Vorteil, dass Sie zu den Menschen kommen kann, in Rathäuser, Veranstaltungsräume und Ausstellungshäuser oder auch Kliniken. Diese Beweglichkeit hat allerdings einen entscheidenden Nachteil zumindest für diejenigen, die die Inhalte der Ausstellung auswählen müssen. Sie zwingt zur Fokussierung, zur Reduktion auf das Wesentliche, damit die Präsentation die Besucher nicht überfordert und kurzweilig sowie unterhaltsam ist.

Diese Verpflichtung gegenüber den Besuchern sind wir gerne nachgekommen. Mit dieser Quellensammlung wollen wir aber nun einige ausgewählte neue Hintergründe und Texte zur Verfügung stellen. Dieses Lesebuch hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir hoffen aber, dass es zum Weiterlesen und vor allem Weiterdenken und Diskutieren ermutigt.

EINBLICKE IN DIE WANDERAUSSTELLUNG

Prolog

Vom Totempfahl zum Landasyl: Eine Zeitreise durch die Geschichte der Psychiatrie

Im Prolog werden die Besucher chronologisch und kulturübergreifend an die Thematik herangeführt. Ausgehend von den jeweiligen Orten und Protagonisten der psychiatrischen Behandlung beschäftigt er sich aus gesellschaftlicher und historischer Sicht mit der Fragestellung „Was ist eigentlich psychisch krank und was ist normal?“. Wie gingen die jeweiligen Gesellschaften mit psychischen Auffälligkeiten um und wo wurden diese „behandelt“?



Abb. 1: Impressionen aus dem Prolog – Ägypten und Griechenland

Hauptteil

Krankheitsbilder heute: Diagnosen und Therapien

Der Hauptteil erläutert den Besuchern wichtige psychiatrische Diagnosen und die dazugehörigen Therapien. Prominente Fälle zeigen, dass „es“ jedem passieren kann. Ehemalige Patienten erzählen ihre Schicksale. Die Besucher können sich so ausführlich mit den jeweiligen Krankheitsbildern beschäftigen, Hintergründe erfahren und sich selbst ein Bild machen von Diagnose und Therapie heute.



Abb. 2: Impressionen aus dem Hauptteil – Prinzessin Diana und David Beckham

Epilog

Die Psychiatrie der Zukunft: Wie soll Sie aussehen – Diskutieren Sie mit!

Der Epilog fordert auf zur Diskussion: Hier sollen die Besucher sich über ihr Verständnis von psychischer Krankheit und über Heilmöglichkeiten austauschen, diese in die Ausstellung einschreiben und helfen, Zukunft zu entwerfen.

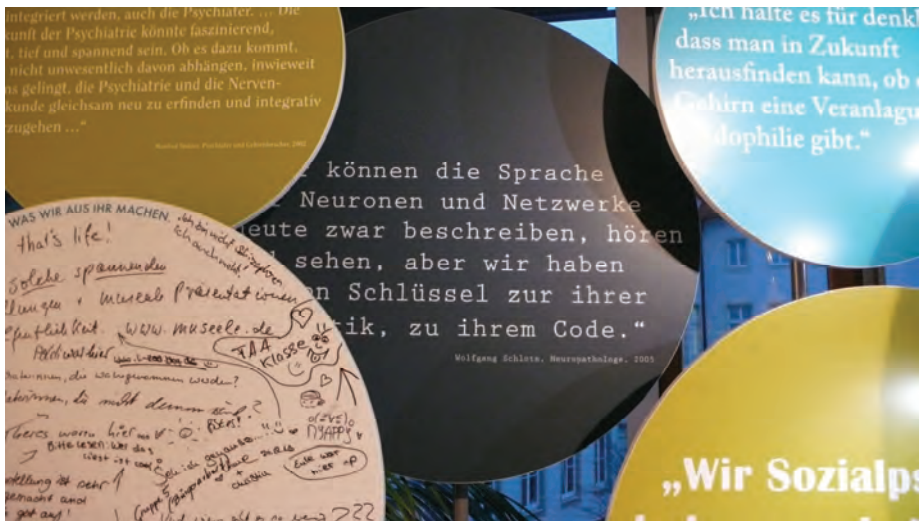


Abb. 3: Besuchermeinungen

Wenn die Ausstellung noch nicht in Ihrer Nähe zu sehen war, dann werden Sie Teil der Ausstellungstour und leisten Sie einen Beitrag zur Diskussion über das Thema Psychiatrie.

Die Ausstellung benötigt ca. 150 qm Fläche. Sie wird mietfrei zur Verfügung gestellt, es fallen lediglich Kosten für Transport, Auf- und Abbau an.

Informationen und Tourdaten: www.daemonen-und-neuronen.de

Quellen

1. Von verirrten Seelen und entführtem Verstand – Psychische Störungen in schriftlosen Kulturen

Psychische Erkrankungen gibt es seit Menschengedenken, doch wurden sie früher in vielen Kulturen nicht als Krankheit diagnostiziert, sondern auf Dämonen und böse Geister zurückgeführt, die von der Seele Besitz nahmen, sie in die Irre leiteten oder sie gar entführten. Um den „Besessenen“ zu befreien, führten Magier, Zauberer oder Schamanen spirituelle Rituale und Beschwörungen durch, in denen sie sich und den Kranken mit Gesängen und Musik in Trance versetzten. Nicht selten wurden hierfür auch Drogen verwendet. Zwar gibt es vor allem bei den Urvölkern so gut wie keine schriftlichen Überlieferungen über diese Heilungszeremonien, doch liefern Felsen- und Wandmalereien ebenso wie die von Generation zu Generation weitergegebenen Erzählungen, Tänze und Lieder Aufschluss über den traditionellen Umgang mit psychischen Erkrankungen. Auch heute noch werden in vielen Kulturkreisen solche oder ähnliche kultische Handlungen durchgeführt.

1.1 Sibirien



Abb. 4: Trommel des südsibirischen Volkes der Chakassen (Quelle: Völkerkundemuseum der Universität Zürich)

In vielen Kulturen gelten Trommeln als Herzschlag der Natur und sind deshalb unverzichtbar bei spirituellen Ritualen. Durch stundenlanges Schlagen der Trommel, das meist monoton beginnt, aber im Laufe der Zeremonie immer ekstatischer werden kann, führt man einen veränderten Bewusstseinszustand ähnlich einer Trance herbei. Aber nicht nur der Klang und das Schlagen von Trommeln spielen eine wichtige Rolle bei kultischen Handlungen, sondern auch die Bemalung. Im Schamanismus werden häufig Hilfsgeister abgebildet, die bei Heilungsritualen unterstützend eingreifen sollen. Auf vielen Instrumenten ist auch die Darstellung des Weltenbaums als Symbol der kosmischen Ordnung zu finden: Die Krone als Reich der Götter und verstorbener Seelen, der Stamm als die belebte Erde und die Wurzeln als die Unterwelt böser Dämonen und Geister.

1.2 Sri Lanka



Abb. 5: Schamanenmaske aus Sri Lanka (Quelle: Sylvia Ferino-Pagden, Wir sind Maske, Mailand 2009)

Diese bei Heilungsritualen verwendete Maske aus dem Inselstaat Sri Lanka symbolisiert einen Schlangendämon, der mit dem Gift der Königs cobra unträgliche Kopfschmerzen auslösen und so Menschen bis in den Wahnsinn treiben kann. Durch das Tragen dieser Maske verschmilzt der Schamane mit den Kräften und Eigenschaften des Dämons, der nun für die anwesenden Zuschauer und dem Erkrankten zur realen, aber vom Schamanen beherrschten Figur wird. Mit von Trommeln begleiteten Tänzen, die oft die ganze Nacht andauern, versucht der Schamane, das Gift der Kobra aus dem Körper des Kranken zu vertreiben.

2. Heilschlaf als Seelenbehandlung – Psychische Störungen im Altertum und der Antike

Die Ägypter des Altertums und die Griechen der Antike hatten eines gemeinsam: Sie bemühten sich um medizinisches Wissen und eine fortschrittliche Behandlung. Zwar war im alten Ägypten die Medizin noch untrennbar mit Magie verbunden und auch in Griechenland gingen Gesundheit und Krankheit häufig nicht ohne religiöse Rituale einher – aber dennoch entwickelten sich in beiden Hochkulturen Theorien über Ursachen von Krankheiten und die Behandlungsformen wurden weiterentwickelt. Schon vor reichlich 4.000 Jahren sprechen ägyptische „Papyri“ von diversen Erkrankungen einschließlich vieler psychischer Störungen, beschreiben Symptome, diagnostizieren und erläutern Behandlungen. Neben Massagen, Diäten und Heiltränken gehörten auch psychotherapeutische Maßnahmen zur Behandlung von psychisch Kranken.

So sollte der Verstand durch Theater, Sport und Musik gefördert werden. Viele Kranke versuchten im Tempelschlaf Heilung oder Linderung von ihren Beschwerden zu finden – offensichtlich mit großem Erfolg, denn diese einer Kur ähnliche Behandlung in den prachtvoll angelegten Heiligtümern des Asklepios gewann im alten Griechenland zunehmend an Bedeutung. Die Seelenkunde wurde fast schon wissenschaftlich betrieben: Der große Aristoteles veröffentlichte eine Abhandlung „Über die Seele“, die als erstes Werk der Psychologie gilt.

2.1 Papyrus Ebers (ca. 2000 v.u.Z.)

Über die ursprüngliche Länge des Papyrus Ebers wird ebenso wie über seine Herkunft gestritten - unbestritten ist aber, dass es sich bei dieser ägyptischen Schriftrolle mit fast 4.000 Jahren um einen der ältesten medizinischen Texte handelt. Dieses Werk der Heilkunst, das der Ägyptologe Georg Ebers 1873 für eine Summe in Höhe von etwa 40 Monatsgehältern eines Professors erwarb, besteht aus Elementen der Magie, Religion und gesammelten Wissen der Heilkunde. Auf den 48 Tafeln sind Beschreibungen verschiedener Krankheitsbilder sowie Anweisungen und Rezepturen für deren Behandlung zu finden. Auch psychische Störungen werden genannt, wie z.B. in einem ganzen Abschnitt über die „dämonische aAa-Krankheit“ oder in dem Kapitel „Heilmittel für die Krankheiten des Kopfes.“

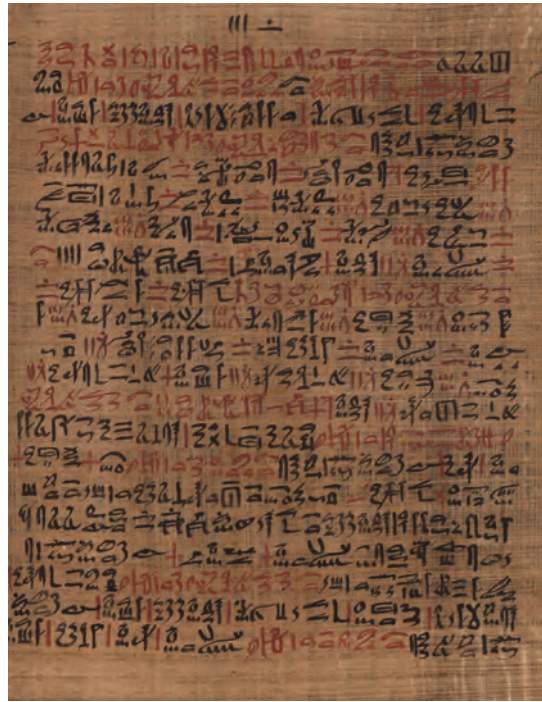
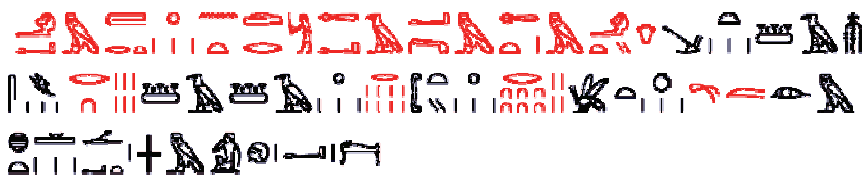


Abb. 6: Seite aus dem Papyrus Ebers (Universitätsbibliothek Leipzig)

Textauszug: „Rezepte gegen die dämonische aAa-Krankheit“ (Abschnitt 7, Kolumne 44 des Papyrus Ebers)

Eb 221 (44, 13 – 44, 15)



Eb 221 (44, 13 – 44, 15)

{44, 13} Beginn der Heilmittel für das Beseitigen des aAa-Giftstoffes im Bauch und im Herzen: Früchte der SAmS-Pflanze {44, 14} 1/16, SASA 1/8, gelber Ocker 1/64, Honig ad 1/2 (von 5 ro), machen zu {44, 15} einer einheitlichen Masse, essen vor dem Schlafen.

Legende:

SAMS-Pflanze =	Römischer Bertram
SASA=	Nicht näher bezeichnete Frucht oder Pflanze

Dem Papyrus Ebers nach war die „dämonische aAa-Krankheit“ ein gottgesandtes Leiden, das beiderlei Geschlecht überkommen konnte und unheilbar war. Zur Linderung der Symptome, die sich in Herzrasen, Kopfschmerzen und blutdurchsetzten Körperausscheidungen äußerten, gab es verschiedene Rezepturen, denen häufig Honig, römischer Bertram und gelber Ocker beigemischt waren. Es wird vermutet, dass sich hinter der „dämonischen aAa-Krankheit“ die Infektionskrankheit Bilharziose – Schistosomiasis verbirgt; bei der Egel bzw. Würmer beim Baden in Flüssen und Seen durch die Haut in den Körper eindringen und Eier ablegen. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium können diese Eier ins Gehirn vordringen und neurologische Störungen wie auch motorische Ausfälle verursachen.

2.2 Aristoteles: Über die Seele (4. Jhd. v.u.Z.)

Noch heute – knapp 2.400 Jahre nach seinem Wirken – zählt Aristoteles zu den berühmtesten und einflussreichsten Philosophen der Geschichte. Auf ihn, den Schüler Platons und dem Lehrmeister Alexander des Großen, gehen zahlreiche wissenschaftliche Fachrichtungen zurück oder wurden von seinen Thesen maßgeblich beeinflusst. Seine Arbeiten über die Musik, das Theater und die Politik waren ebenso wegweisend wie die in der Logik, Biologie, Zoologie und Psychologie. So beschrieb Aristoteles in seiner Schrift „Peri psyches – über die Seele“ die menschliche Wahrnehmung als eine Funktion der Seele und differenzierte diese in die fünf Sinne: Tasten, Schmecken, Riechen, Hören und Sehen. Zwar sprach Aristoteles das Wahrnehmungsvermögen an sich allen Lebewesen zu, doch war das Denken – die Vernunft seiner Überzeugung nach eine Fähigkeit, die allein der Mensch besitzt. Die zahlreichen, von Aristoteles verfassten Abhandlungen über psychische Störungen thematisieren häufig das Bewusstsein des Menschen; er selbst glaubte, dass ein zielgerichtetes Denken Schmerzen verschwinden und das Gefühl der Freude aufkommen lassen könnte. Viel diskutiert war auch die Überlegung, inwieweit psychische Erkrankungen durch Konflikte oder Frustrationen ausgelöst werden könnten. Diese Theorie verwarf Aristoteles jedoch und schloss sich der Hippokratischen These an, dass Störungen der Psyche durch die Galle verursacht werden. Eine „sehr heiße“ Galle konnte seiner Annahme nach eine gesteigerte Libido, aber auch Redegewandtheit oder suizidale Gedanken bedeuten.



Abb. 7: Aristoteles (Römische Kopie nach dem griechischen Bronze-Original von Lysippos, um 330 vor Chr.)

„Peri psychēs - Über die Seele“

„Alle Leidenschaften [der Seele] scheinen mit dem Körper in Verbindung zu stehen: Zorn, Güte, Furcht, Mitleid, Kühnheit, Freude, Liebe und Hass ... Wir sagen, dass die Leidenschaften der Seele ... vom Körper nicht getrennt werden können.“ Gut 2.300 Jahre alt ist dieser aus Aristoteles Werk „Über die Seele“ stammende Ausspruch - und doch verdeutlicht dieser Satz eine Position, die auch heute noch durchaus im Einklang mit den Ergebnissen moderner psychologischer und psychiatrischer Forschung steht. In dieser aus drei Büchern bestehenden Abhandlung beschreibt Aristoteles die Seele als die Einheit, die einen Körper erst lebendig macht. Diese Schrift wird nicht zu Unrecht als das erste wissenschaftliche Werke der Psychologie bezeichnet.

Aristoteles
über die
S e e l e.

Aus dem Griechischen übersetzt
und mit

Anmerkungen
begleitet

von

Michael Wenzl Voigt,

Professor der Rhetorik am königl. Gymnasium zu
Comothau in Böhmen.

Frankfurt und Leipzig
bei Johann Herrl Buchhändler.

1 7 9 4.

Abb. 8: Titelblatt der ersten deutschen Übersetzung

3. Teufelswerk & Dämonenbrut – Das christliche Mittelalter

Beinahe 600 Jahre dauerte eines der dunkelsten Kapitel der europäischen Geschichte – die Inquisition, der auch unzählige Menschen mit psychischen Störungen vom Mittelalter an bis in die frühe Neuzeit zum Opfer fielen. Der humane Umgang mit psychisch Kranken, der in der Antike praktiziert und im islamischen Mittelalter aufgenommen wurde, verlor sich im Glauben an eine gestörte Beziehung zu Gott oder an böse Werke des Satans. Krankheitssymptome wie die der Schizophrenie oder Epilepsie wurden als Besessenheit durch Teufel oder Dämonen interpretiert, die man nur mit Exorzismus vertreiben könne. Die Behandlung von Ärzten wurde durch die Teufelsaustreibungsrituale der Exorzisten ersetzt, die sich einzig und allein an die ausführlichen liturgischen Anleitungen der Kirche hielten – wie unter anderem im „Rituale Romanum“ beschrieben, das auch heute noch in der katholischen Kirche Gültigkeit hat.

3.1 Das Neue Testament: „Jesus als Dämonenaustreiber“ (1. Jhd.)

Im Neuen Testament berichten Matthäus, Markus und Lukas von zahlreichen Heilungen Besessener durch Jesus. Das war eine wichtige Fähigkeit, denn auch bei der Berufung der zwölf Apostel erteilte Jesus ihnen „Vollmacht ... Dämonen auszutreiben“ (Markus 3,15).

Matthäus

7,21 Nicht jeder, der zu mir sagt: Herr, Herr! wird in das Reich der Himmel eingehen, sondern wer den Willen meines Vaters tut, der in den Himmeln ist.

7,22 Viele werden an jenem Tage zu mir sagen: Herr, Herr! Haben wir nicht durch deinen Namen geweissagt und durch deinen Namen Dämonen ausgetrieben und durch deinen Namen viele Wunderwerke getan?

7,23 Und dann werde ich ihnen bekennen: Ich habe euch niemals gekannt. Weicht von mir, ihr Übeltäter!

* * *

8,28 Und als er an das jenseitige Ufer gekommen war, in das Land der Gadarener, begegneten ihm zwei Besessene, die aus den Grüften hervorkamen. [Sie waren] sehr böseartig, so daß niemand auf jenem Weg vorbeigehen konnte.

8,29 Und siehe, sie schrien und sprachen: Was haben wir mit dir zu schaffen, Sohn Gottes? Bist du hierher gekommen, uns vor der Zeit zu quälen?

8,30 Es war aber fern von ihnen eine große Herde Schweine, die da weideten.

8,31 Die Dämonen aber baten ihn und sprachen: Wenn du uns austreibst, so sende uns in die Herde Schweine.

8,32 Und er sprach zu ihnen: Geht hin! Sie aber fuhren aus und fuhren in die Schweine. Und siehe, die ganze Herde stürzte sich den Abhang hinab in den See, und sie kamen um in dem Gewässer.

8,33 Die Hüter aber flohen und gingen in die Stadt und verkündeten alles und das von den Besessenen.

8,34 Und siehe, die ganze Stadt ging hinaus, Jesus entgegen, und als sie ihn sahen, baten sie, daß er aus ihrem Gebiet weggehen möchte.

* * *

9,32 Als sie aber weggingen, siehe, da brachten sie einen stummen Menschen zu ihm, der besessen war.

9,33 Und als der Dämon ausgetrieben war, redete der Stumme. Und die Volksmengen wunderten sich und sprachen: Niemals wurde so etwas in Israel gesehen.

9,34 Die Pharisäer aber sagten: Er treibt die Dämonen aus durch den Obersten der Dämonen.

* * *

12,22 Dann wurde ein Besessener zu ihm gebracht, blind und stumm; und er heilte ihn, so daß der Stumme redete und sah.

12,23 Und es erstaunten die ganzen Volksmengen und sagten: Dieser ist doch nicht etwa der Sohn Davids?

12,24 Die Pharisäer aber sagten, als sie es hörten: Dieser treibt die Dämonen nicht anders aus als durch den Beelzebul, den Obersten der Dämonen.

* * *

17,18 Und Jesus bedrohte ihn, und der Dämon fuhr von ihm aus; und von jener Stunde an war der Knabe geheilt.

17,19 Da traten die Jünger für sich allein zu Jesus und sprachen: Warum haben wir ihn nicht austreiben können?

17,20 Er aber spricht zu ihnen: Wegen eures Kleinglaubens; denn wahrlich, ich sage euch, wenn ihr Glauben habt wie ein Senfkorn, so werdet ihr zu diesem Berg sagen: Hebe dich weg von hier dorthin! und er wird sich hinwegheben. Und nichts wird euch unmöglich sein.

17,21 Diese Art aber fährt nicht aus außer durch Gebet und Fasten.

Markus

1,21 Und sie gehen nach Kapernaum hinein. Und sogleich ging er am Sabbat in die Synagoge und lehrte.

1,22 Und sie erstaunten sehr über seine Lehre; denn er lehrte sie wie einer, der Vollmacht hat, und nicht wie die Schriftgelehrten.

1,23 Und sogleich war in ihrer Synagoge ein Mensch mit einem unreinen Geist; und er schrie auf

1,24 und sagte: Was haben wir mit dir zu schaffen, Jesus, Nazarener? Bist du gekommen, uns zu verderben? Ich kenne dich, wer du bist: der Heilige Gottes.

1,25 Und Jesus bedrohte ihn und sprach: Verstumme und fahre aus von ihm!
1,26 Und der unreine Geist zerrte ihn und rief mit lauter Stimme und fuhr von ihm aus.

* * *

1,32 Als es aber Abend geworden war und die Sonne unterging, brachten sie alle Leidenden und Besessenen zu ihm;
1,33 und die ganze Stadt war an der Tür versammelt.
1,34 Und er heilte viele an mancherlei Krankheiten Leidende, und er trieb viele Dämonen aus und ließ die Dämonen nicht reden, weil sie ihn kannten.
1,35 Und frühmorgens, als es noch sehr dunkel war, stand er auf und ging hinaus und ging fort an einen einsamen Ort und betete dort.
1,36 Und Simon und die mit ihm waren eilten ihm nach;
1,37 und sie fanden ihn und sagen zu ihm: Alle suchen dich.
1,38 Und er spricht zu ihnen: Laßt uns anderswohin in die benachbarten Marktflecken gehen, damit ich auch dort predige; denn dazu bin ich ausgegangen.
1,39 Und er ging und predigte in ihren Synagogen in ganz Galiläa und trieb die Dämonen aus.

* * *

3,13 Und er steigt auf den Berg und ruft zu sich, die er wollte. Und sie kamen zu ihm;
3,14 und er bestellte zwölf, damit sie bei ihm seien und damit er sie aussende, zu predigen **3,15** und Vollmacht zu haben, die Dämonen auszutreiben.
3,16 Und er bestellte die Zwölf, und er gab dem Simon den Beinamen Petrus;
3,17 und Jakobus, den [Sohn] des Zebedäus, und Johannes, den Bruder des Jakobus, und er gab ihnen den Beinamen Boanerges, das ist Söhne des Donners;
3,18 und Andreas und Philippus und Bartholomäus und Matthäus und Thomas und Jakobus, den [Sohn] des Alphäus, und Thaddäus und Simon, den Kananäer,
3,19 und Judas Iskariot, der ihn auch überlieferte.

* * *

16,9 Als er aber früh am ersten Wochentag auferstanden war, erschien er zuerst der Maria Magdalena, von der er sieben Dämonen ausgetrieben hatte.
16,10 Die ging hin und verkündete es denen, die mit ihm gewesen waren und trauerten und weinten.
16,11 Und als jene hörten, daß er lebe und von ihr gesehen worden sei, glaubten sie nicht.

Lukas

4,31 Und er kam nach Kapernaum hinab, einer Stadt in Galiläa, und lehrte sie an den Sabbaten.
4,32 Und sie erstaunten sehr über seine Lehre, denn sein Wort war mit Vollmacht.
4,33 Und es war in der Synagoge ein Mensch, der einen Geist eines unreinen Dämons hatte, und er schrie auf mit lauter Stimme
4,34 und sprach: Ach, was haben wir mit dir zu schaffen, Jesus, Nazarener? Bist du

gekommen, uns zu verderben? Ich kenne dich, wer du bist: der Heilige Gottes.

4,35 Und Jesus bedrohte ihn und sprach: Verstumme und fahre aus von ihm! Und als der Dämon ihn mitten unter sie geworfen hatte, fuhr er von ihm aus, ohne ihm Schaden zu tun.

4,36 Und Entsetzen kam über alle, und sie redeten untereinander und sprachen: Was ist dies für ein Wort? Denn mit Vollmacht und Kraft gebietet er den unreinen Geistern, und sie fahren aus.

4,37 Und die Kunde von ihm ging aus in jeden Ort der Umgegend.

* * *

4,40 Als aber die Sonne unterging, brachten alle, die an mancherlei Krankheiten Leidende hatten, sie zu ihm; er aber legte jedem von ihnen die Hände auf und heilte sie.

4,41 Und auch Dämonen fuhren von vielen aus, indem sie schrien und sprachen: Du bist der Sohn Gottes. Und er bedrohte sie und ließ sie nicht reden, weil sie wußten, daß er der Christus war.

4,42 Als es aber Tag geworden war, ging er aus und begab sich an einen einsamen Ort; und die Volksmengen suchten ihn auf und kamen bis zu ihm, und sie hielten ihn auf, daß er nicht von ihnen ginge.

4,43 Er aber sprach zu ihnen: Ich muß auch den anderen Städten das Evangelium vom Reich Gottes verkündigen, denn dazu bin ich gesandt worden. Und er predigte in den Synagogen von Galiläa.

* * *

8,26 Und sie fuhren nach der Landschaft der Gerasener, die Galiläa gegenüber liegt.

8,27 Als er aber an das Land gestiegen war, kam ihm ein Mann aus der Stadt entgegen, der seit langer Zeit Dämonen hatte und keine Kleider anzog und nicht im Haus blieb, sondern in den Grabstätten.

8,28 Als er aber Jesus sah, schrie er auf und fiel vor ihm nieder und sprach mit lauter Stimme: Was habe ich mit dir zu schaffen, Jesus, Sohn Gottes, des Höchsten? Ich bitte dich, quäle mich nicht.

8,29 Denn er hatte dem unreinen Geist geboten, von dem Menschen auszufahren. Denn öfters hatte er ihn gepackt; und er war gebunden worden, verwahrt mit Ketten und Fußfesseln, und er zerbrach die Fesseln und wurde von dem Dämon in die Wüsteneien getrieben.

8,30 Jesus fragte ihn aber und sprach: Was ist dein Name? Er aber sprach: Legion. Denn viele Dämonen waren in ihn gefahren.

8,31 Und sie baten ihn, daß er ihnen nicht gebieten möchte, in den Abgrund zu fahren.

8,32 Es war aber dort eine Herde von vielen Schweinen, die an dem Berg weideten. Und sie baten ihn, daß er ihnen erlauben möchte, in jene zu fahren. Und er erlaubte es ihnen.

8,33 Die Dämonen aber fuhren von dem Menschen aus und fuhren in die Schweine, und die Herde stürzte sich den Abhang hinab in den See und ertrank.

8,34 Als aber die Hüter sahen, was geschehen war, flohen sie und verkündeten es in der Stadt und auf dem Land.

8,35 Die Leute aber gingen hinaus, um zu sehen, was geschehen war. Und sie kamen zu Jesus und fanden den Menschen, von dem die Dämonen ausgefahren waren, bekleidet und vernünftig zu den Füßen Jesu sitzen; und sie fürchteten sich.

8,36 Die es aber gesehen hatten, verkündeten ihnen, wie der Besessene geheilt worden war.

8,37 Und die ganze Menge aus der Umgegend der Gerasener bat ihn, von ihnen wegzugehen, denn sie waren von großer Furcht ergriffen. Er aber stieg in das Schiff und kehrte wieder zurück.

8,38 Der Mann aber, von dem die Dämonen ausgefahren waren, bat ihn, daß er bei ihm bleiben dürfe. Er aber entließ ihn und sprach:

8,39 Kehre in dein Haus zurück und erzähle, wieviel Gott an dir getan hat. Und er ging hin und rief aus durch die ganze Stadt, wieviel Jesus an ihm getan hatte.

** * **

9,1 Als er aber die Zwölf zusammengerufen hatte, gab er ihnen Kraft und Vollmacht über alle Dämonen und zur Heilung von Krankheiten.

9,2 Und er sandte sie, das Reich Gottes zu predigen und die Kranken gesund zu machen.

9,3 Und er sprach zu ihnen: Nehmt nichts mit auf den Weg: weder Stab, noch Tasche, noch Brot, noch Geld, noch soll jemand zwei Unterkleider haben.

9,4 Und in welches Haus ihr eintretet, dort bleibt, und von da geht weiter.

9,5 Und wo immer sie euch nicht aufnehmen werden - geht fort aus jener Stadt und schüttelt auch den Staub von euren Füßen, zum Zeugnis gegen sie.

9,6 Sie gingen aber aus und durchzogen die Dörfer nacheinander, indem sie das Evangelium verkündigten und überall heilten.

** * **

9,37 Es geschah aber am folgenden Tag, als sie von dem Berg herabgestiegen waren, da kam ihm eine große Volksmenge entgegen.

9,38 Und siehe, ein Mann aus der Volksmenge rief laut und sprach: Lehrer, ich bitte dich, blicke hin auf meinen Sohn, denn er ist mein einziger;

9,39 und siehe, ein Geist ergreift ihn, und plötzlich schreit er, und er zerzt ihn unter Schäumen, und kaum einmal läßt er von ihm ab, er reibt ihn auf.

9,40 Und ich bat deine Jünger, daß sie ihn austreiben möchten, und sie konnten es nicht.

9,41 Jesus aber antwortete und sprach: O ungläubiges und verkehrtes Geschlecht, bis wann soll ich bei euch sein und euch ertragen? Bring deinen Sohn her!

9,42 Aber noch während er herbeikam, warf ihn der Dämon nieder und zerzte ihn zusammen. Jesus aber bedrohte den unreinen Geist und heilte den Knaben und gab ihn seinem Vater zurück.

9,43 Sie erstaunten aber alle sehr über die herrliche Größe Gottes.

** * **

11,14 Und er trieb einen Dämon aus, der stumm war. Es geschah aber, als der Dämon ausgefahren war, redete der Stumme; und die Volksmengen wunderten sich.

11,15 Einige aber von ihnen sagten: Durch Beelzebul, den Obersten der Dämonen, treibt er die Dämonen aus.

11,16 Andere aber versuchten ihn und forderten von ihm ein Zeichen aus dem Himmel.

11,17 Da er aber ihre Gedanken wußte, sprach er zu ihnen: Jedes Reich, das mit sich selbst entzweit ist, wird verwüstet, und Haus gegen Haus [entzweit], stürzt ein.

11,18 Wenn aber auch der Satan mit sich selbst entzweit ist, wie wird sein Reich bestehen? Denn ihr sagt, daß ich durch Beelzebul die Dämonen austreibe.

11,19 Wenn aber ich durch Beelzebul die Dämonen austreibe, durch wen treiben eure Söhne sie aus? Darum werden sie eure Richter sein.

11,20 Wenn ich aber durch den Finger Gottes die Dämonen austreibe, so ist also das Reich Gottes zu euch gekommen.

11,21 Wenn der Starke bewaffnet seinen Hof bewacht, so ist seine Habe in Frieden;

11,22 wenn aber ein Stärkerer als er über ihn kommt und ihn besiegt, so nimmt er seine ganze Waffenrüstung weg, auf die er vertraute, und seine Beute verteilt er.

11,23 Wer nicht mit mir ist, ist gegen mich; und wer nicht mit mir sammelt, zerstreut.

3.2 Dämonengeißel (1576)



Abb. 9: Ausgabe der Dämonengeißel von 1580

Der Franziskanermönch Girolamo Menghi (1529-1609) veröffentlichte Ende des 16. Jahrhunderts eine Anleitung für Exorzisten, die fast jedes Jahr eine Neuauflage erlebte. Das Buch trug den Titel „Flagellum daemonum“ - die „Dämonengeißel“. Es beschreibt ausführlich die für einen erfolgreichen Exorzismus notwendigen Handlungen und Riten:

*Dämonengeißel gegen böse Geister,
um sie aus den Körpern Besessener auszutreiben.
Enthält eine sehr schöne und sehr nützliche Lehre für Exorzisten*

Inhalt

Kapitel 1

Über den Glauben und die Vorbereitung, die Exorzisten haben müssen, bevor sie anfangen, Dämonen zu beschwören.

Kapitel 2

Die Reinigung des Gewissens, die der Besessene vornehmen und die Erkenntnisse, die der Exorzist haben muss.

Kapitel 3

Wo das Thema, ob sinnliche Dinge auf den Geist einwirken können, vortrefflich behandelt wird

Kapitel 4

Über die Fragen und Anweisungen, die der Exorzist gegenüber den Dämonen einsetzen muss

Kapitel 5

Wo vor sich die Exorzisten bei öffentlichen wie auch geheimen Beschwörungen hüten sollen

Kapitel 6

Über die Ausdauer und die Geduld, die der Exorzist besitzen muss, und den Grund, warum die Dämonen manchmal nicht weichen.

Kapitel 7

Über die Gewährung der Eucharistie an Besessene, gegen die Meinung des gewöhnlichen Volkes

Kapitel 8.

Über die Mitteilung einiger Namen Gottes bei den Hebräern und Griechen, die allenthalben in den Exorzismen angewendet werden

Kapitel 9

Über die Mitteilung einiger Namen Gottes bei den Lateinern, die vom Autor allenthalben in den Exorzismen angewandt werden

Kapitel 10

Über die Nennung einiger Namen der seligen Jungfrau Maria, die in den Exorzismen der Dämonengeißel allenthalben gebraucht werden

Kapitel 11

Ob Exorzisten Zettel anwenden dürfen und die Regeln, nach denen dies erlaubter Weise geschehen kann

Kapitel 12

Über die Arglist der Dämonen, die man voraus wissen muss, und ihre Gegenmittel

Kapitel 13

Über einige andere Täuschungen, die die Dämonen anwenden, um den Exorzisten zu hintergehen, die alle Exorzisten kennen müssen,

Kapitel 14

Über das, was die Exorzisten wissen müssen, damit sie Verzauberte und Besessene heilen können.

Kapitel 15

Über den Ort und die Zeit, zu denen die Besessenen beschworen werden müssen.

Kapitel 16

Es wird gezeigt, dass ein Mensch von unreinen Geistern gequält werden kann, wo aufgewiesen wird, was ein Arreptitius (= Besessener) ist.

Kapitel 17

Warum man einige Besessene findet, die niemals befreit werden und über die Gründe dafür

Kapitel 18

Ob Besessene öffentlich oder geheim beschworen werden sollen, und die Vorteile, die den Gläubigen aus einer Beschwörung entstehen.

Quelle: Probst, Manfred. 2008. Besessenheit, Zauberei und ihre Heilmittel.
Münster: Aschendorff-Verlag.

3.3 Das Rituale Romanum (1614)

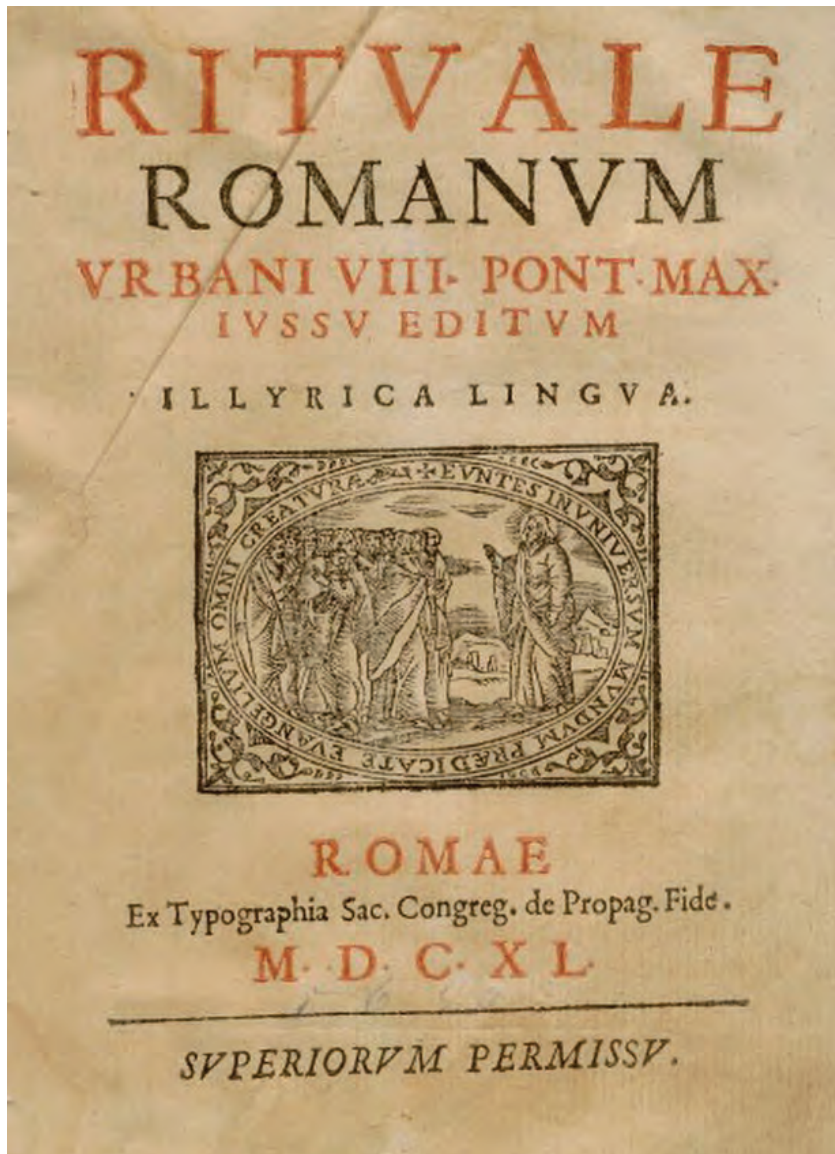


Abb. 10: Ausgabe des Rituale Romanum von 1640

Das „Rituale Romanum“ enthält Anweisungen der katholischen Kirche zu liturgischen Handlungen, die von einem Priester vorgenommen werden. Die erste Ausgabe erschien 1614 unter Papst Paul V. Mehrfach überarbeitet hat das „Rituale Romanum“ in seiner letzten Fassung von 1999 heute noch Gültigkeit. Neben den liturgischen Abläufen zur Taufe, Eheschließung und Krankensalbung wird auch die Vorgehensweise bei einem Exorzismus detailliert beschrieben. Es gibt zwar Bestrebungen seitens des Vatikans, die Besessenheit durch Dämonen von psychischen Störungen abzugrenzen, deren Behandlung laut dem Katechismus der Katholischen Kirche seit 1997 „Sache der ärztlichen Heilkunde“ ist. Dennoch werden auch heute noch unzählige Exorzismen nach dem „Rituale Romanum“ durchgeführt und Papst Benedikt XVI. beabsichtigt, in Zukunft weitere 3.000 Exorzisten ausbilden zu lassen.

Heute gibt es auch deutsche vom Vatikan autorisierte Übersetzungen des Rituale Romanum, wie die von Prof. DDr. Georg Siegmund, Mitglied der Päpstlichen Theologischen Akademie in Rom, aus der die folgenden Texte entnommen sind.

Beispiel eines Exorzismus

Im Namen unseres Herrn Jesus+ Christus beschwöre ich dich, unreiner Geist, jede feindliche Macht, jedes Gespenst: Reiß dich los und weiche von diesem Geschöpf Gottes. Er selbst befiehlt es dir, auf dessen Wort du von den Höhen des Himmels in die Hölle gestürzt wurdest. Er selbst befiehlt es dir, der dem Meer, den Wind und Stürmen gebot. Höre es also und fürchte dich, Satan, du Glaubensfeind, du Widersacher des Menschengeschlechts, du Mörder und Räuber des Lebens, du Verächter der Gerechtigkeit, du Wurzel aller Übel, du Herd aller Laster, du Verführer aller Menschen, du Verräter der Völker, du Aufwiegler zum Neid, du Ursprung des Geizes, du Ursache der Zwietracht, du Ursache der Zwietracht, du Erreger von Leid und Leiden. Warum verweilst du und widerstehst du? Du weißt ja, dass Christus, der Herr, deine Wege ins Verderben führt. Ihn sollst du fürchten, der in Isaak geopfert, in Joseph verkauft, als Lamm geschlachtet, als Mensch gekreuzigt wurde und die Hölle überwunden hat. (Die folgenden Kreuzzeichen werden auf die Stirn des Besessenen gemacht.) Weiche also im Namen des Vater und des Sohnes und des Heiligen Geistes. Mach platz dem Heiligen Geist durch dieses Zeichen des heiligen Kreuzes unseres Herrn Jesus Christus, der mit dem Vater und dem Heiligen Geist lebt und Herrscht, Gott von Ewigkeit zu Ewigkeit.

A Amen.

V Herr, erhöre mein Gebet.

A Und lass mein Rufen zu Dir kommen.

V Der Herr sei mit euch.

A Und mit deinem Geiste.

Richtlinien über den Exorzismus an den vom Teufel besessenen

- 1. Der Priester, der durch eine besondere und ausdrückliche Vollmacht des Ordinarius (Ortsbischofs) die vom Teufel Besessenen beschwört, soll sich durch Frömmigkeit, Klugheit und unbescholtenen Lebenswandel auszeichnen. Nicht auf seine eigene, sondern auf die Kraft Gottes gestützt, und losgelöst von jedem menschlichen Verlangen, vollziehe er aus Liebe und mit Standhaftigkeit und Demut dieses Gottes so wohlgefällige Werk. Es geziemt sich ferner, dass er reifen Alters sei und nicht bloß wegen seines Auftrages, sondern auch wegen seines sittlichen Ernstes Achtung verdient.*
- 2. Damit er seines Amtes richtig walte, soll er sich viele wissenswerte Kenntnisse von bewährten Autoren, die wir hier der Kürze wegen übergehen, und aus eigener Erfahrung aneignen. Das Wenige, das hier als besonders wichtig angeführt wird, möge er sorgfältig beachten.*
- 3. Vor allem darf er nicht ohne weiteres annehmen, jemand sei vom Teufel besessen, sondern er muss jene Merkmale kennen, durch die ein Besessener sich von jenen unterscheidet, die an einer Krankheit, namentlich seelischer Art, leiden. Die Merkmale einer teuflischen Besessenheit können folgende sein: Wenn einer ausführlich eine ihm unbekannte Sprache spricht oder einen versteht, der in einer solchen redet; wenn er Entferntes oder Verborgenes kundtut; eine Kraft aufweist, die über sein Alter und seinen Zustand hinausgeht. Wenn derartige Tatsachen zugleich in größerer Anzahl auftreten, so sind sie als umso bedeutsamere Anzeichen zu bewerten.*
- 4. Um sich eine bessere Kenntnis zu verschaffen, frage er nach einer ersten oder zweiten Beschwörung den Besessenen, was er seelisch oder körperlich empfunden hat. Auf diese Weise kann er auch ersehen, bei welchen Worten die Teufel mehr beunruhigt werden. Diese soll er dann mit besonderem Nachdruck vorbringen und öfters wiederholen.*
- 5. Er achte darauf, welche Künste und Listen die Teufel anwenden, um den Exorzisten zu täuschen. Sie pflegen nämlich meist trügerisch zu antworten und sich ungern zu offenbaren, damit der Exorzist infolge Ermüdung aufhört oder der Anschein erweckt wird, der Kranke sei gar nicht vom Teufel besessen.*
- 6. Nachdem die Teufel einmal überführt wurden, verbergen sie sich manchmal und geben den Körper von aller Belästigung frei, so dass der Kranke glaubt, er sei nun völlig befreit. Aber der Exorzist darf nicht aufhören, bis er die echten Zeichen der Befreiung wahrnimmt.*
- 7. Manchmal legen die Teufel alle möglichen Hindernisse in den Weg, damit der Kranke sich dem Exorzismus nicht unterziehe, oder sie versuchen, glaubhaft zu machen, die Krankheit sei eine natürliche. Bisweilen bewirken sie, dass der Kranke während der Beschwörung schläft oder lassen ihn ein Gesicht schauen; sie entziehen sich, so dass es scheint, der Kranke sei befreit.*
- 8. Manche werden behaupten, es liege eine Zauberei vor, erklären, von wem sie ausgeführt wurde, und zeigen die Art und Weise auf, wie sie zu beheben sei. Der Kranke hüte sich deshalb davor, sich an Zauberer, Wahrsagerinnen oder andere Personen als*

an die Diener der Kirche zu wenden, abergläubische Mittel zu gebrauchen oder sonst auf eine unerlaubte Weise zu handeln.

9. Manchmal lässt der Teufel den Kranken in Ruhe, damit es scheine, er sei gewichen, und er gestattet ihm, die Kommunion zu empfangen. Überhaupt sind die Künste und Listen des Teufels zahllos, um den Menschen in die Irre zu führen. Der Exorzist sei darum auf der Hut, um nicht sich selbst täuschen zu lassen.

10. Eingedenk der Worte des Herrn, es gebe eine Art von Teufeln, die nur durch Gebet und Fasten ausgetrieben werden kann (Mt 17, 20), Sorge der Priester, soweit es in seinen Kräften steht, dass nach dem Beispiel der Väter hauptsächlich diese beiden Mittel um göttliche Hilfe angewendet werden und zwar von ihm selbst und von andern.

11. Der Besessene soll für den Exorzismus, wo möglich, in die Kirche oder an einen geweihten und angemessenen Ort, fern von der Masse, gebracht werden. Ist er aber krank oder liegt ein entsprechender Grund vor, kann der Exorzismus in einer Privatwohnung vollzogen werden.

12. Wenn es die seelischen und körperlichen Kräfte des Besessenen erlauben, werde dieser ermahnt, für sich zu Gott zu beten, zu fasten und nach dem Dafürhalten des Priesters öfters zu beichten und zu kommunizieren. Während des Exorzismus soll er sich tief sammeln, sich zu Gott hinwenden und mit festem Glauben und voll Demut ihn um Heilung anflehen. Wenn er stark belästigt wird, möge er es geduldig ertragen und sein volles Vertrauen auf Gottes Hilfe setzen.

13. Er habe ein Kruzifix zur Hand oder in Sichtweite vor sich. Auch lege man, wo sie zu haben sind, Heiligenreliquien, geziemend und sicher gefasst, voll Ehrfurcht auf die Brust oder den Kopf des Besessenen. Dabei ist aber achtzugeben, dass diese heiligen Gegenstände nicht unwürdig behandelt werden oder der Teufel ihnen eine Unbill zufüge. Vollends darf wegen der Gefahr der Verunehrung die heilige Eucharistie nicht über dem Haupt des Besessenen gehalten oder sonst seinem Körper nahegebracht werden.

14. Der Exorzist ergehe sich nicht in weitschweifigen Reden oder in unnützen und neugierigen Fragen, besonders über zukünftige und verborgene Dinge, die mit seinem Amte nichts zu tun haben; vielmehr befehle er dem unreinen Geist, zu schweigen und nur auf seine Fragen zu antworten. Man darf dem Teufel nicht glauben, wenn er vorgibt, die Seele eines Heiligen oder eines Verstorbenen oder ein guter Engel zu sein.

15. Fragen, die gestellt werden müssen, sind z.B. jene nach der Anzahl und den Namen der eingefahrenen bösen Geister, jene nach der Zeit und dem Grunde ihres Eintrittes und dergleichen mehr. Der Exorzist soll die übrigen Possen, das Gelächter und die Albernheiten des Teufels zurückweisen und verachten und die Umstehenden, deren ohnehin nur wenige seien, ermahnen, sich nicht darum zu kümmern und dem Besessenen keine Fragen zu stellen, sondern demütig und eifrig für ihn zu Gott zu beten.

16. Der Exorzist vollziehe die Exorzismen mit befehlender Macht, voll Glaube, Demut und Eifer. Bemerkt er, dass der böse Geist sich sehr beunruhigt, soll er ihm um so

mehr zusetzen und ihn bedrängen. Wenn er wahrnimmt, der Besessene werde an irgendeinem Körperteil erfasst oder verletzt oder es bilde sich daran eine Geschwulst, so mache er ein Kreuzzeichen darauf und besprengt ihn mit dem bereitstehenden Weihwasser.

17. Er beachte auch, bei welchen Worten die Teufel mehr erzittern; diese wiederhole er dann öfters. Und bei den Drohungen angelangt, spreche er sie mehrmals aus unter ständiger Erhöhung der Strafe. Sieht er, dass er damit Erfolg hat, so verharre er dabei zwei, drei Stunden und auch länger, wenn er es vermag, bis er den Sieg erringt.

18. Der Exorzist hüte sich, dem kranken Besessenen irgendeine Arznei zu verabreichen oder anzuraten. Diese Sache überlasse er den Ärzten.

19. Wenn er bei einer Frau den Exorzismus vornimmt, habe er immer ehrenhafte Personen bei sich, welche die Besessene festhalten, wenn sie vom Teufel geplagt wird. Diese Personen seien, wo möglich, mit der Patientin nahe verwandt. Der Ehrbarkeit beflissen, hüte sich der Exorzist, irgendetwas zu sagen oder zu tun, was ihn oder andere zu schlechten Gedanken veranlassen könnte.

20. Während des Exorzismus gebrauche er mehr die Worte der Heiligen Schrift als seine eigenen oder die Worte anderer. Er befehle dem Teufel, zu sagen, ob er infolge irgendeiner Zauberei oder zauberischer Zeichen und Mittel im Körper festgehalten werde. Wenn der Besessene solche mit dem Munde eingenommen hat, speie er sie aus. Wenn sie sich außerhalb des Körpers befinden, soll der Teufel sie offenbaren und das Aufgefundene werde verbrannt. Der Besessene werde auch ermahnt, dem Exorzisten alle seine Versuchungen kundzutun.

21. Wenn ein Besessener befreit ist, werde er aufgefordert, sich sorgfältig vor Sünden zu hüten, damit er dem Teufel keinen Anlass gebe, in ihn zurückzukehren und die letzten Dinge dieses Menschen noch ärger werden als die ersten.

Quelle: Siegmund, Georg. 2005. Der Exorzismus der katholischen Kirche. Stein am Rhein.

3.4 Gabriele Amorth: Der Exorzist der Diözese Rom (2002, 2004)

Amorth wurde im Jahre 1986 zum Exorzisten der Diözese Rom ernannt. In seinen Veröffentlichungen und Interviews setzt er sich für eine stärkere Beachtung des Themas Exorzismus ein. 1994 wurde Amorth zum Präsidenten der Internationalen Vereinigung der Exorzisten gewählt.

Interview von Reto Nay mit Gabriele Amorth (2002)

Reto Nay: Pater Amorth, warum glauben die Leute nicht mehr an den Teufel?

Amorth: „Ich persönlich bezweifle, dass die Leute heute nicht mehr an den Teufel glauben. Der Teufel existiert – und wie! Die Civiltà Cattolica(angesehene Zeitschrift der Jesuiten) hat auf einem Kongress eine Studie mit erschütternden Zahlen vorgestellt: ca. 12 Millionen Italiener wenden sich an Kartenleser, Zauberer, Hexer, satanische Sekten. .. Sie zahlen 100 Fr. für eine Antwort oder einen Rat und mehrere 1000 Fr. für eine Behexung.“

Reto Nay: Das ist ja ein Riesengeschäft. Wie kann man so etwas erklären?

Amorth: Wenn der Glaube abnimmt, nimmt der Aberglaube auch unter gebildeten Leuten zu. Heute existieren in Rom über 100 satanische Sekten. In Europa gibt es einen grossen spirituellen Niedergang. Der Glaube schwindet. Die Zahl der Kirchgänger fällt ins Bodenlose. Ich betrachte die Europäer als ein Volk von getauften Heiden. Scheidung, Abtreibung, Auflösung der Familien: eine Katastrophe.“

Reto Nay: Glauben Sie, dass der Teufel real gegenwärtig sein kann?

Amorth: Satan ist ein wirkliches, persönlichgeistiges Wesen. Er gehört zu den Abertausenden von Gott geschaffenen Engeln. Wie alle Engel war der Teufel einst glücklich und gut, erlag dann aber einer Versuchung. Es steht fest, dass sich Satan und seine Anhänger aus eigener Schuld in Dämonen verwandelten, weil sie sich nicht in den Dienst Christi stellen wollten. Die Dämonen sind persönliche Wesen, weil sie Freiheit und Willen besitzen. Sie sind geistige Wesen, reine Geister, weil sie keine Seele und keinen Leib haben wie der Mensch. Darum benützen sie manchmal den Körper der Menschen.“

Reto Nay: Durch welche Ritzen der Persönlichkeit kann sich der Teufel einschleichen?

Amorth: Satan benützt 4 Wege, um von einer Person Besitz zu ergreifen: Die Erlaubnis Gottes, z.B. bei Heiligen, die von Dämonen besessen waren. Eine Verfluchung, die auch ohne den aktiven Beitrag der besessenen Personen wirksam werden kann. Diese Menschen sind Opfer ohne Schuld. Freilich wirkt eine Verfluchung viel seltener, wenn der Betroffene im Stand der Gnade ist, betet und regelmässig die Sakramente empfängt. Die anhaltende Todsünde. Der Einfallsort des Teufels ist hier offensichtlich. Das beste biblische Beispiel dafür ist Judas Iskariot. Wie oft wird Jesus versucht haben, Judas von seinen Mängeln zu reinigen. Judas war ein Dieb, und als er sich entschloss, Jesus zu verraten, sagt das Evangelium: „Und der Satan ergriff Besitz von Judas“ (Lk 22,3). Wiederholt habe ich es mit Personen zu tun gehabt, die im Zustand der eingewurzelten Sünde lebten. Ein Rauschgifthändler hatte unter Drogeneinfluss ein Mädchen vergewaltigt und an einem bewaffneten Überfall teilgenommen. Er kam zu mir, um seiner Mutter und seiner Schwester, die ihn begleiteten, eine Freude zu machen. Ich hatte keine 30 Sekunden über ihn gebetet, da fiel er schon in Trance und begann fürchterlich zu schreien. Sofort brach ich den Exorzismus ab

und sagte ihm, dass er von einem Dämon besessen sei. Er antwortete mir: "Das weiss ich, und es ist mir recht, weil ich es so haben will."

Reto Nay: In wievielen Fällen haben Sie die Gegenwart des Teufels festgestellt?

Amorth: Ich persönlich habe es bisher mit ungefähr 12 schweren Fällen zu tun gehabt. Doch die Personen, die bis zu mir gelangen, sind selektioniert. Jeden Montag erhalte ich Anrufe von Menschen, die um Hilfe bitten. Im Schnitt stelle ich bei zwei Drittel der Fälle fest, dass eine Audienz unnötig ist. Beim restlichen Drittel kann ich erst nach einem oder mehreren Exorzismen sehen, ob es sich um wirkliche Teufeleien oder um paranormale Phänomene handelt, die ein Exorzist natürlich auch kennen muss.

Reto Nay: Wie kann man eine Besessenheit erkennen?

Amorth: Die Hauptschwierigkeit besteht darin, ein dämonisches von einem psychischen Leiden zu unterscheiden. Hier müsste man weit ausholen. In einigen Fällen kann beides im Spiel sein. Das bedeutet, dass die Person sowohl den Exorzisten als auch den Psychiater braucht. Vereinfachend können wir sagen, dass das einleuchtendste Symptom der Besessenheit die Abneigung gegen das Heilige ist. Wenn eine Person, obwohl sie es möchte, nicht zur Hl. Messe gehen kann, wenn jemand auf heilige Bilder aggressiv reagiert, dann sind das erste Hinweise. Man kann eine Person auch testen, indem man ihr, ohne daß sie es weiss, einen Kaffee oder eine Suppe mit exorziertem Wasser zubereitet. Wenn die Person aufspringt oder die Speise ablehnt, besteht Verdacht auf Besessenheit. Oder man bereitet den Salat mit exorziertem Salz oder exorziertem Öl und prüft, ob die Person ausfällig wird und das Essen ablehnt. Ein anderer Hinweis kann eine medizinisch nicht diagnostizierbare Krankheit sein. Es kommt vor, dass bei einer Person nicht einmal der unmittelbare Effekt eines Medikamentes eintritt. Man versucht z.B. einen Kranken mit hohen Dosen von Schlaftabletten zu beruhigen, ohne dass sich bei ihm eine Wirkung zeigt. Auch die Tatsache, dass jemand an einer spiritistischen Sitzung etc. teilgenommen hat, muss sehr ernst genommen werden. Um die Besessenheit einer Person zu erkennen, ist Verschiedenes zu berücksichtigen. Letztlich kann aber nur der Exorzismus eine eindeutige Diagnose liefern. Deshalb ist es wichtig, die Reaktion einer Person während und nach dem Exorzismus zu beobachten. Der Exorzismus kann nach einigen Tagen gewalttätige Reaktionen, Augenrollen oder Trancezustände auslösen. Oder es kann einer Person für einen Tag schlecht gehen und anschliessend wieder gut, bis das Übel nach einigen Tagen erneut eintritt. Um eine mögliche Einbildung auszuschalten, ist es wichtig, die Verhaltensweisen des Bedrängten während einer Reihe von Exorzismen aufzuzeichnen. Erst dann kann festgestellt werden, ob eine Besessenheit tatsächlich vorliegt oder nicht.

Reto Nay: Wie lange dauert es, um den Teufel zu vertreiben?

Amorth: Selten geht es schnell. Im allgemeinen braucht es 5-6 Monate (manchmal bis zu 12 oder 14 Jahren). Ich exorziere Personen, die schon bei meinem Vorgänger, Pater Candido, in Behandlung waren.

Reto Nay: Gab es in ihrer Tätigkeit einen besonders typischen Fall?

Amorth: Ich denke da an einen Jugendlichen, der zu mir kam, nachdem er von seiner Familie, den Ärzten, Spitälern und von verschiedenen Priestern zurückgewiesen worden war. Er litt furchtbar, Angst, Panik, weiche Knie, Versteifungen, Nervenzusammenbrüche, Angst vor Schizophrenie oder Epilepsie, Brechreiz, Schmerzen. Auch war er nicht mehr fähig, die Bewegungen der Arme und des übrigen Körpers zu kontrollieren). Keine Diagnose, keine Therapie und keine Medikamente konnten ihm die Gesundheit und Unbeschwertheit wieder schenken. Alle hielten ihn für verrückt. Er erzählte mir: "In meiner Verzweiflung wandte ich mich am Fest der Mutter des Guten Rates an einen sehr demütigen und frommen Pater. Dieser sprach mir von einem Geistesmann, der unter der strikten Aufsicht eines Bischofs wirke und die Gabe der Seelenschau habe. Ich suchte ihn auf und bekam folgende Antwort: „Man hat dich verhext, um dich an Leib und Seele zu treffen. Vor acht Monaten hast du einen verhexten Apfel gegessen.“ Ich reagierte auf diese Diagnose mit einem müden Lächeln und glaubte natürlich kein Wort.

Aber später dachte ich darüber nach und fühlte in mir eine neue Hoffnung. Ich machte mich auf die Suche nach einem Exorzisten und musste deswegen jede Menge Demütigungen, Ablehnungen und Spott einstecken. Jetzt bin ich bei ihnen angekommen, Pater Amorth, ich bitte Sie, helfen sie mir!" Der Jüngling erzählte mir auch von seiner Ex-Freundin, die davon überzeugt war, dass das Böse stärker wäre als das Gute. Dieses Mädchen sprach von verrückten Dingen wie Hexen und Magiern. Der Junge war davon überzeugt, dass sie der Ursprung seiner Besessenheit war. Ich exorzierte ihn während dreier Jahre, bis er seine alte Unbeschwertheit wiederfand.

Reto Nay: Was ist der Unterschied zwischen einem Priester und einem Laien im Kampf gegen den Teufel?

Amorth: Um diesen Unterschied zu verstehen, müssen wir beachten, dass der Teufel auf zwei Arten wirkt: durch die gewöhnliche und durch die aussergewöhnliche Beeinflussung des Menschen. Die gewöhnliche Art der dämonischen Einflussnahme auf unser Leben sind die Versuchungen, während der Teufel für seine aussergewöhnlichen Handlungen unheilbringende Kräfte benützt. Die richtige Unterscheidung, die weder im Kirchenrecht noch im alten römischen Rituale zu finden war, findet sich jetzt im jüngst publizierten Katechismus der Katholischen Kirche. Dieser spricht von der diabolischen Besessenheit einerseits und von Übeln diabolischen Ursprungs andererseits. Das ist eine wichtige Unterscheidung, denn während erstere eher selten ist, kommen Übel diabolischen Ursprungs häufiger vor. – Gegen die gewöhnlichen Versuchungen benützen Priester und Laien die gleichen Mittel, und natürlich können ihnen auch beide erliegen. Der Kampf gegen ausserordentliche Beeinflussungen des

Teufels betrifft den Priester stärker, weil sich seine Tätigkeit, die Menschen zum Heil zu führen, ja schon an und für sich gegen den Teufel richtet. Zu den ersten Pflichten des Priesters gehört das Predigen und Beichtehören. Die Beichte ist das Sakrament, welches dem Teufel die Seelen entreisst. Darum dürfen wir uns nicht wundern, dass es der Teufel auf gute Beichtväter wie z.B. den Pfarrer von Ars, Padre Pio, Don Calabria ... abgesehen hat.

Reto Nay: Kann jeder Getaufte Befreiungsgebete sprechen?

Amorth: Jawohl. Denn Christus hat an jeden Christen die Verheissung gerichtet: „...und durch die, welche zum Glauben gekommen sind, werden folgende Zeichen geschehen: In meinem Namen werden sie Dämonen austreiben...“ (Mk 16,17). Im 1.-3. Jh. waren alle Gläubigen Exorzisten. Aber sie sprachen, um genau zu sein, keine Exorzismen, sondern Befreiungsgebete. Dagegen ist der Exorzismus ein von der Kirche eingesetztes Sakramental, das von einem durch den Bischof beauftragten Priester ausgeübt wird. Ein Laie kann aufgrund der kirchlichen Anordnung keine Exorzismen ausüben (diese Norm könnte auch verändert werden). Ein Laie, der Befreiungsgebete spricht, handelt im Namen Christi und macht vom allgemeinen Priestertum aller Gläubigen Gebrauch. Der vom Bischof beauftragte Priester handelt zusätzlich im Namen der Kirche und hat deshalb bei gleichen Voraussetzungen sicher die grössere Macht. Aber wir müssen beachten, dass der Herr kein Formalist ist. Ein Laie, der die Befreiungsgebete mit mehr Glauben spricht als ein Priester, hat mehr Macht als dieser. Erinnern wir uns an die Hl. Katharina von Siena, welche die Besessenen empfing, die von den Exorzisten ihrer Zeit nicht geheilt werden konnten. Sie betete über sie und verschaffte ihnen Befreiung.

Dennoch ist festzuhalten, dass der Exorzismus als Instrument zur Befreiung eines Menschen erst an siebter Stelle steht. Folgende Maßnahmen gehen ihm im Kampf gegen den Teufel voraus:

Leben in der Gnade Gottes

Beichte
Hl. Messe
Kommunion
eucharistische Anbetung
Gebete (Psalmen und Rosenkranz)
Exorzismus und andere Sakramente“

Reto Nay: Welche Gebete rezitieren Sie während eines Exorzismus?

Amorth: Es handelt sich um lateinische Gebete aus dem römischen Rituale, die alle darauf abzielen, Satan im Namen Christi zu vertreiben. Manchmal reagiert der Leidende überhaupt nicht auf diese Gebete. In schwierigeren Fällen fällt er in Trance, sobald ich ihm die Hände auflege. Danach erinnert er sich nicht mehr an das, was sich

zugetragen hat. In anderen Fällen beginnt er zu heulen und zu schreien, wehrt sich und schäumt. Dann brauche ich Gehilfen, die ihn festhalten. Oft treten seltsame Symptome auf, weil sich der Teufel auf alle möglichen Weisen zu verstecken sucht. So verbirgt er sich nicht selten hinter einer merkwürdigen Form von Epilepsie, wobei die Personen aber Symptome zeigen, die der Epilepsie nicht entsprechen.“ Welche Mittel verwenden Sie im Kampf gegen den Teufel? “Kruzifix, Weihwasser und Katechumenenöl: die gleichen Mittel, die man bei der Taufe benützt. Das Katechumenenöl wird am Hohen Donnerstag vom Diözesanbischof gesegnet. Bei uns in Rom ist das der Papst. Ferner lege ich dem Leidenden die Hände auf und lasse die Enden meiner langen Stola über seine Schultern fallen.

Reto Nay: Was tun Sie, wenn Sie meinen, dass eine Besessenheit vorliegt?

Amorth: Ich weise die Leute darauf hin, dass sie vor allem der Umkehr bedürfen. Es ist wichtig, die Gebote zu befolgen und Magier, Kartenleser und Zauberer zu meiden. Ich habe einen Unternehmer gekannt, der lange in Afrika gelebt und einem Hexer das Leben gerettet hatte. Aus Dankbarkeit hatte ihm dieser Riten beigebracht, die darauf abzielten, den Freunden Wohltaten und den Feinden Unglück zu bringen. Diese Riten waren natürlich dämonischen Ursprungs und deshalb gefährlich: Denn was nicht von GOTT kommt, stammt vom Satan. Der Unternehmer begann dem wirtschaftlichen Ruin entgegenzugehen und hatte in seiner Familie einen Todesfall nach dem anderen. Einem Mädchen, das nichts dabei fand, für ihre Freundinnen die Zukunft aus den Karten zu lesen, stellte ich die Frage: „Wer gibt dir die Kraft, Voraussagen zu machen?“ Das ist der springende Punkt. Denn ohne es zu merken, begeben sich viele Personen in grosse Gefahr. Das Kartenlesen kann der erste Ring einer Kette sein, deren Ende vom Teufel gehalten wird.“

Reto Nay: Welche Personen sind den Gefahren am meisten ausgesetzt?

Amorth: Die Jugendlichen, die sogenannte „Erfahrungen“ machen wollen. Früher benützte man dafür ein anderes Wort: „Sünde“. Diese Jugendlichen gehen nach Afrika oder nach Indien zu den Gurus, die an die Reinkarnation glauben. Doch entweder glaubt man an die Auferstehung oder an die Wiedergeburt. Auch Diskotheken, wo man über die satanische Rockmusik unterschwellige Botschaften verbreitet, dienen der Beeinflussung wenig standhafter Geister.

Reto Nay: Ist es notwendig, dass ein Priester eine Person, die sich für besessen hält, empfängt und anhört?

Amorth: Es ist entscheidend, dass ein Priester einer Person, die sich an ihn wendet, Glauben schenkt und sie so ernst nimmt wie jemandem, der Glaubenszweifel hat. Ein solcher Mensch bedarf eines freundlichen Empfanges, denn wenn er merkt, dass er nicht ernst genommen wird, zieht er sich schnell zurück und bricht den Dialog ab. In diesem Fall begeht der Priester eine Unterlassungssünde, weil er an Liebe mangelt

und der Person den Weg zur Gnade versperrt. Er muss dem Betreffenden auch sagen, dass die Heilung eine Bekehrung und den häufigen Sakramentenempfang voraussetzt. Wir Exorzisten können keinem helfen, der sich nicht selbst hilft.

Reto Nay: Was geschieht, wenn ein Priester Exorzismen ohne die Erlaubnis seines Diözesanbischofs spricht?

Amorth: Juristisch vollzieht er einen verbotenen Akt, weil er sich etwas anmasst, das die Erlaubnis seines Bischofs erfordert. Erst mit dessen Einverständnis ist die Durchführung eines Exorzismus rechtmässig. Ein Priester, der einen unerlaubten Exorzismus durchführt, setzt sich dem Zorn und der Rache Satans aus, weil er nicht den Schutz der Kirche besitzt.

Reto Nay: Glauben die Bischöfe an die Besessenheit und an die Wichtigkeit des Exorzismus?

Amorth: Seit etwa 200 Jahren sind die Exorzismen auf ein absolutes Minimum reduziert. Leider besitzen wir Bischöfe und Priester, welche die Traktate über die Dämonologie nicht studiert haben und sich folglich in der Materie nicht auskennen. Viele von ihnen sind nie mit Besessenen oder mit Exorzismen in Kontakt gekommen. Ausserdem sind sie von Theorien gewisser Bibelforscher und Theologen beeinflusst, die sogar die im Evangelium berichteten Teufelsaustreibungen Christi bezweifeln. Sie glauben zwar theoretisch an den Teufel, verneinen aber seine praktische Wirksamkeit.

Reto Nay: Doch der Papst ist nicht gegen die Exorzismen eingestellt. Stimmt es, dass Johannes Paul II. selbst Exorzismen vorgenommen hat?

Amorth: Ich weiss mit Sicherheit, dass der Heilige Vater im Jahre 1984 zwei Exorzismen durchführte (später sollen andere gefolgt sein. Schon als Kardinal von Krakau hat der jetzige Papst exorziert). Dagegen haben unsere Bischöfe nie Exorzismen durchgeführt. Beim Exorzismus gilt aber nichts anderes als bei so vielen Dingen im Leben: wenn einer etwas nicht selber gemacht und gesehen hat, dann glaubt er nicht.

Reto Nay: Besteht die Gefahr einer Exorzismus-Hysterie?

Amorth: Wie bei so vielen Dingen besteht die Gefahr von Hysterie auch beim Exorzismus. Aber das ist kein Grund, den Exorzismus zu tabuisieren. Den Leuten zu sagen, dass sie rechtzeitig zur Krebs-Vorsorge gehen sollen, kann vereinzelt Panik auslösen. Dennoch glaube ich, dass der grössere Fehler darin besteht, die Leute unwissend zu halten. Ich bin überzeugt, dass uns die Angst vor der Angst nicht davon dispensiert, die Wahrheit zu sagen.“

Reto Nay: Welche Rolle spielt Maria im Kontext der Besessenheit?

Amorth: Maria ist die universale Gnadenmittlerin. Sie übt eine entscheidende Rolle im Kampf gegen den Teufel aus. Die erste Nachricht über Maria finden wir im Protoevangelium: "Feindschaft setze ich zwischen dich und der Frau..." (Gen 3,15). Wenn wir Maria anrufen, dann ärgern wir die Schlange mehr als durch die Anrufung Christi. Denn der Teufel wird mehr gedemütigt, wenn er durch ein Geschöpf als durch den Schöpfer besiegt wird.

* * *

Interview von Doris Ladstaetter von Schweizer Nachrichtenmagazin FACTS mit Gabriele Amorth

FACTS: Pater Gabriele, wie wird man Exorzist?

Gabriele Amorth: Man muss Geistlicher sein und die Erlaubnis des Bischofs haben. Exorzismus ist ein Sakrament. Jesus hat uns Priestern drei Aufgaben gegeben: Predigen, Dämonen verscheuchen und Kranke heilen. Beschränkten wir uns aufs Predigen, vernachlässigten wir unsere Pflicht.

FACTS: Es gibt keine Ausbildung?

Amorth: Nein. Deshalb habe ich 1992 die internationale Vereinigung der Exorzisten gegründet. Auf den Treffen können wir uns gegenseitig etwas beibringen. Anfangs waren wir zwölf, heute sind wir Hunderte.

FACTS: Warum operieren in Italien über 300 Exorzisten – und in der Schweiz traut sich niemand, darüber zu sprechen?

Amorth: Nach den Hexenverfolgungen wagte drei Jahrhunderte lang niemand mehr, Exorzismus zu praktizieren. Deutschsprachige Theologen fingen sogar an, die Exorzismen von Jesus Christus zu leugnen. Das hat die Bischöfe und Geistlichen zusätzlich entmutigt. In Italien hingegen hat 1972 die Rede von Papst Paul VI. das Eis gebrochen. Ausserdem haben meine Bücher, Interviews und Fernsehauftritte viel bewegt.

FACTS: Sie haben keine psychiatrische Ausbildung. Wie können Sie unterscheiden, ob jemand vom Teufel besessen oder psychisch krank ist?

Amorth: Ich studiere die Person, suche nach verdächtigen Anzeichen, frage nach der Ursache der Beschwerden. Erzählt jemand, die Symptome seien nach einer spiritistischen Sitzung aufgetreten, nach dem Besuch bei einer satanistischen Sekte, bei einem Magier oder Kartenleser, werde ich hellhörig. Auf Besessenheit deutet auch, wenn jemand auf heilige Symbole allergisch reagiert, wenn er nicht mehr zur Messe kann, ohne in Ohnmacht zu fallen, wenn er sich wütend auf dem Boden wälzt, sobald er gesegnet wird.

FACTS: Dann ist er ein neuer Patient für Sie?

Amorth: Ob der Mensch tatsächlich besessen ist, finde ich erst während des Exorzismus heraus. Ein Besessener hat eine doppelte Persönlichkeit. Die des Individuums schläft während des Exorzismus. Deshalb kann sich ein Patient im Nachhinein an nichts erinnern. Mit Gebeten locke ich den Dämon aus dem Patienten, der sich dessen Stimme und Körper bedient. Dann spreche ich mit ihm.

FACTS: Worüber?

Amorth: Ich frage nach seinem Namen, nach dem Wann und wie er in den Menschen geschlüpft ist und wann er wieder gehen will. Hat er das Opfer auf Grund einer Verfluchung heimgesucht? Alle diese Fragen nutzen der Befreiung. Ich stelle sie nicht aus Neugier. Das ist verboten.

FACTS: Wie lautet eine verbotene Frage?

Amorth: Ob Inter Mailand oder Milan gewinnt.

FACTS: Wüsste der Teufel die Antwort?

Amorth: Ja. Aber der Teufel lügt. Und er ist wortkarg, weil er sich verstecken will. Er ist glücklich über alle, die nicht an seine Existenz glauben, ihn lächerlich machen und ihn mit Schwanz, Hörnern und Fledermausflügeln abbilden.

FACTS: Und wie sieht er wirklich aus?

Amorth: Der Teufel ist nur ein Geist. Er ist ein Engel, der sich gegen Gott aufgelehnt hat.

FACTS: Haben Sie Angst vor dem Teufel?

Amorth: Niemals. Er hat Angst vor uns.

FACTS: Bedroht er Sie?

Amorth: Er sagt mir höchstens mal: „Heute werfe ich dich aus dem Bett“ oder „Heute komme ich mit einer Schlange in dein Bett“.

FACTS: Drohen Sie ihm auch?

Amorth: Ich bete. Der Exorzismus ist ein Gebet. Dazu spricht man die Befehle „In meinem Namen, vertreibt die Dämonen!“, oder auch „Im Namen Gottes, Satan weiche!“. Und es werden Psalme rezitiert.

FACTS: 1999 hat der Vatikan ein neues Ritual für Teufelsaustreibungen abgesegnet. Es empfiehlt unter anderem, einen Psychiater hinzuzuziehen.

Amorth: Das alte Ritual stammte aus dem Jahr 1614. Ich praktiziere es weiter mit den alten Gebeten. Das kann man mit Erlaubnis des Bischofs. Leider sind in den neuen Kodex die Vorstellungen von deutschen und Schweizer Bischöfen eingeflossen. So ist es jetzt verboten, im Fall einer Verfluchung zu exorzieren. Das sind aber die häufigsten Fälle. Ausserdem sind Austreibungen nur erlaubt, wenn die Präsenz des Dämons sicher ist. Es ist aber unmöglich, das vorher zu wissen. Unsere Arbeit wird mit diesem Kodex fast verhindert.

FACTS: Gibt es heute noch viele Besessene?

Amorth: Die Verführungen sind gross, denn der Glaube ist nicht mehr stark vertreten. In Italien gehen nur 10 Prozent der Bevölkerung in die Kirche. Die restlichen 90 Prozent sind gefährdet, irgendwelchen Magiern, Kartenlesern oder dem Satanisten-Boom zu verfallen. 37 Prozent der italienischen Jugendlichen nehmen an spiritistischen Sitzungen teil, an denen sie mit Toten zu kommunizieren versuchen. Viele hören satanischen Rock von Marilyn Manson. Das sind gefährliche Momente, in denen der Dämon Besitz vom Menschen ergreifen kann.

FACTS: Ist der Rocker Marilyn Manson vom Teufel besessen?

Amorth: Aber sicher! Und wie!

FACTS: Haben Sie ihn getroffen?

Amorth: Nein, aber ich habe seine Texte gelesen. Sie sind voller sublimen Nachrichten, wenn man sie rückwärts liest. Sie verherrlichen Satan, „Du bist mein Gott“, heisst es da. Sie verherrlichen den Selbstmord und plädieren für eine Welt ohne Moral.

FACTS: Wer verführt uns noch?

Amorth: Harry Potter. Er verführt zur Magie.

FACTS: Waren Hitler und Stalin auch vom Teufel besessen?

Amorth: Sicher waren sie das. Der ganze Nationalsozialismus stand unter dem Einfluss des Teufels. Der Dämon hat Hitler suggeriert, was zu tun ist. Auch Marx war vom Teufel besessen.

FACTS: Wie viele Behandlungen hätten Sie da gebraucht, um den Teufel loszuwerden?

Amorth: Viele. Wenn jemand wirklich besessen ist, braucht es Jahre. Manche Patienten benötigten Hunderte von Sitzungen.

FACTS: Ein Vollzeitjob.

Amorth: Früher habe ich täglich 15 Exorzismen gemacht. Auch an Weihnachten und Ostern. Heute sind es weniger. Ich werde alt. Aber insgesamt habe ich wohl so zwischen 50'000 und 60'000 Austreibungen hinter mir.

FACTS: Wollten Sie dieses Leben?

Amorth: Aber nein! Ich hatte 1986 zufällig ein Gespräch mit dem damaligen Kardinal Poletti von Rom. Ich erzählte ihm, dass ich Roms einzigen Exorzisten kannte, der damals sehr krank war. „Sie sind jetzt sein Gehilfe“, hat Kardinal Poletti geantwortet. Ich protestierte. Aber es hat nichts genützt.

4. Hilfe und Sanftmut statt Geister & Dämonen – Die Behandlung psychischer Kranker im islamischen Mittelalter

Natürlich herrschte während des Mittelalters auch im Islam vereinzelt der Aberglaube, psychischen Erkrankungen seien das Werk böser Dschinns, doch der überwiegende Teil der muslimischen Bevölkerung sah – ganz im Gegensatz zum Christentum und dem jüdischen Glauben – als Ursache für Krankheiten des Geistes Störungen im Gehirn an. Verbrieft im Koran als Pflicht jedes Gläubigen war der fürsorgliche Umgang mit Kranken selbstverständlich. Überall im Orient baute man Bimaristans – Krankenhäuser, die zu den fortschrittlichsten jener Zeit zählten. Jeder wurde hier unabhängig von Glauben und Herkunft kostenlos behandelt. Psychisch kranke Menschen, denen gut ausgebildetes Pflegepersonal mit Sanftmut und Geduld begegnete, erhielten von medizinischen Bädern bis beruhigender Musik während der Nacht eine Vielzahl von Therapien. Islamische Ärzte prägten das Wissen um Krankheiten und deren Heilungsmethoden weit über die Grenzen des Morgenlandes hinaus. So galt der „Kanon der Medizin“ von Avicenna noch weit bis ins 17. Jahrhundert als eines der führenden Werke der Heilkunde.

4.1 Der Koran (7. Jhd.)

„Und gebt den Schwachsinnigen nicht euer Gut, das Allah euch zum Unterhalt anvertraut hat; sondern nährt sie damit und kleidet sie und sprecht Worte der Güte zu ihnen.“ So wird im 5. Vers der 4. Sure des Korans, der Heiligen Schrift des Islams, der Umgang mit psychisch kranken Menschen beschrieben. Schon im islamischen Mittelalter wurden physische und psychische Krankheiten nicht als Strafe Gottes angesehen. Vielmehr glaubte man an Störungen im Gleichgewicht zwischen Gott, der Welt und den Menschen. Aus dieser Vorstellung heraus hat sich eine Haltung gegenüber kranken Mitmenschen entwickelt, die weitestgehend von Mitgefühl, Verständnis, Fürsorge und Großzügigkeit geprägt ist.



Abb. 11: Schmuckausgabe des Koran

4.2 Avicenna: Kanon der Medizin (11. Jhd.)

Der „Kanon der Medizin“ von Ibn Sina, besser bekannt als Avicenna, entstand im 11. Jahrhundert und galt über 600 Jahre lang als Grundlagenwerk der wissenschaftlichen Heilkunde. In fünf Büchern, die das damalige Wissen der griechischen, römischen und persischen Gesundheitslehre vereinen, befasst sich Avicenna mit der Theorie der Medizin, erklärt Arzneien in Wirkungsweise und Herstellung, erläutert Befunde und Therapien ebenso detailliert wie Allgemeinkrankheiten und die Möglichkeiten der Chirurgie. Dabei geht Avicenna, für den Körper und Seele in enger Beziehung stehen, insbesondere auch auf eine Vielzahl von psychischen Störungen wie Depressionen, Schizophrenie, Demenz und Halluzinationen ein.



Abb. 12: Seite aus dem Kanon der Medizin

4.3 Das Bimaristan in Kairo (13. Jhd.)

Mit 8.000 Betten war das im Jahr 1248 unter Sultan Al-Mansur errichtete Bimaristan in Kairo das größte seiner Zeit. Jeder Kranke wurde solange wie notwendig von ausgebildeten Ärzten kostenlos behandelt und erhielt zudem auch eine Entschädigung für den krankheitsbedingten Ausfall seines Arbeitslohnes. Für psychisch kranke Menschen gab es ein breites Spektrum an Therapien. Neben gesunder Kost, Waschungen und Bädern war die Musiktherapie fester Bestandteil der medizinischen Anwendungen. Als vollständig genesen wurden nur Patienten entlassen, die nach den umfassenden Behandlungen ein ganzes Huhn verspeisen konnten.

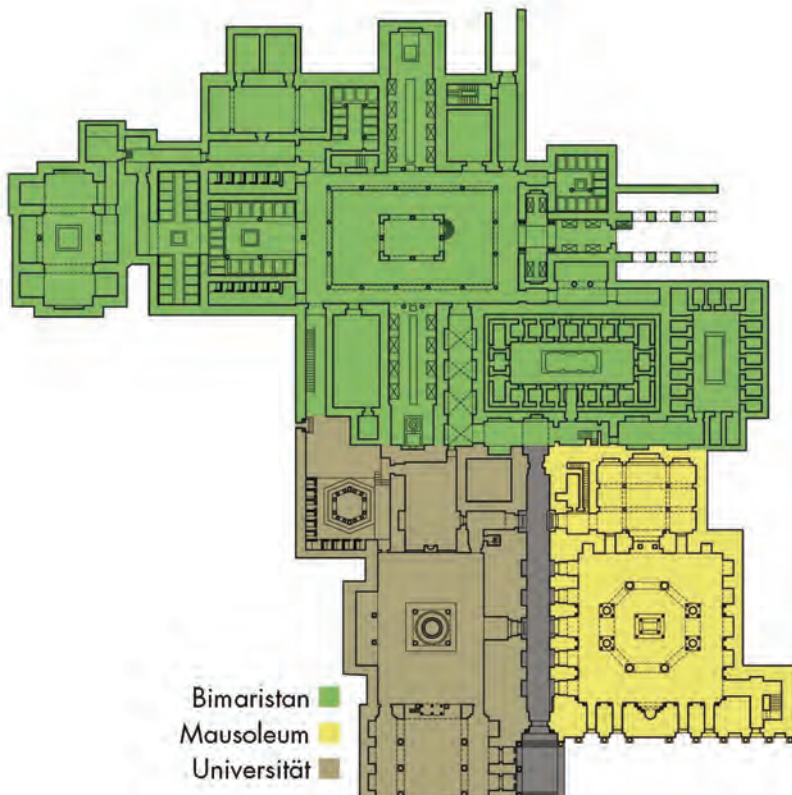


Abb. 13: Grundriss des Bimaristans in Kairo

5. Die Psychiatrie wird menschlich(er) – Die ersten Schritte zu Reformen in der Psychiatrie

Inquisition und Hexenverfolgung hatten im 18. Jahrhundert ihre „Höhepunkte“ überschritten – die Qualen der psychisch Kranken hatten dagegen noch lange kein Ende. Es drohten ihnen weiterhin Tollhaus und Narrenturm. Ausgemustert als „Störfälle der Natur“, weggesperrt mit Verbrechern, Bettlern und Prostituierten. In Kerkern ohne Tageslicht und Frischluft siechten sie an Ketten gefesselt vor sich hin – ohne Aussicht auf Entrinnen. Oft war der einzige Kontakt zur Außenwelt die Essensklappe, die sich – wenn überhaupt – nur einmal täglich öffnete. Die damalige „Behandlung“ psychischer Erkrankungen ist heute nur als reine Folter zu bezeichnen. Heilung durch Schmerz war die weitverbreitete Ansicht, dazu gehörten Auspeitschen, Zwangsstehen, stundenlanges Baden in eiskaltem Wasser und viele andere Torturen. Erst im Zuge der Aufklärung begannen sich Verständnis und Einstellung zu psychischen Störungen zu verändern. Beeinflusst von einem humanen Menschenbild, wie es der Franzose Pinel oder der Engländer Tuke verbreiteten, entwickelten sich Ende des 18. Jahrhunderts neue, menschenwürdigere Konzepte zur Versorgung psychisch Kranker.

5.1 Philippe Pinel: Philosophisch-medizinische Abhandlung über Geistesverwirrungen oder Manie (1801)

Dieses im Jahr 1801 von dem französischen Psychiater Philippe Pinel (1745-1826) veröffentlichte Buch gilt als das bekannteste Werk der Neueren Geschichte über ein humanes Verständnis von „Geisteskrankheiten“. Pinel, der aufgrund seiner Erfahrungen als Direktor in der Anstalt Bicêtre und dem Hôpital Salpêtrière den direkten Zusammenhang zwischen den Bedingungen der Unterbringung von psychisch Kranken und ihrem Verhalten erkannte, beschreibt in dieser Abhandlung unter anderem seine eigenen Beobachtungen, die zur Grundlage für Therapieentwicklungen wurden.

Im Jahre 1873 befreite Pinel die geisteskranken Männer von ihren Ketten. Zwei Jahre nach den Männern galten im revolutionären Frankreich dann auch die Menschenrechte für die Frauen. Als Gegenstück zum Gemälde von Jean-Louis Muller über die Befreiung der männlichen „Irren“ von ihren eisernen Fesseln zeigt um 1878 der Maler Tony Robert Fleury die Befreiung der weiblichen „Verrückten“ durch Philippe Pinel um 1795 im übertriebenen Stil jener Zeit. Besonders durch diese Gemälde wurde Pinel zum Sinnbild für die Fortschrittlichkeit des französischen Gesellschaftssystems.

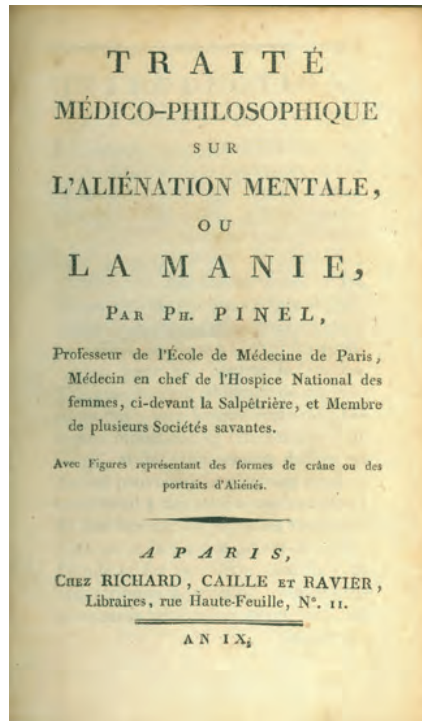


Abb. 14: Pinels „Abhandlung“



Abb. 15: Darstellung Pinels als Befreier der geisteskranken Frauen
(Fleury 1878)

5.2 Samuel Tuke: Description of the Retreat (1813)

Obwohl Tuke (1732-1822) keinerlei medizinische Ausbildung hatte, sondern eigentlich Geschäftsmann war, sollte er einer der ersten Menschen im 18. Jahrhundert sein, der sich für eine dringend notwendige Reform der damaligen Psychiatrie einsetzte. Der im englischen York geborene Sohn einer angesehenen Quäkerfamilie gründete 1794 aus eigener Initiative mit Spenden eine private Pflegeeinrichtung für psychisch kranke Menschen, nachdem er von dem Tod einer Glaubensgenossin im „York Asylum“ erfahren hatte. Tuke wohnte einer Untersuchungskommission bei, die diesen Todesfall untersuchte, und war entsetzt von den unmenschlichen Bedingungen, unter denen die Kranken im

„York Asylum“ leben mussten. Die Verbesserung der Lebensumstände von psychisch Kranken wurde ab diesem Zeitpunkt zu Tukes Lebensaufgabe. In seiner Einrichtung „The Retreat“ (Der Rückzug) wurden Patienten nicht mehr wie sonst üblich in Ketten gehalten. Auf Gewalt, die in dieser Zeit eigentlich zur Tagesordnung der „Behandlung“ gehörte, wurde weitestgehend verzichtet. Stattdessen führte Tuke eine tägliche Visite ein und förderte therapeutische Maßnahmen, in denen sich die Kranken mit Landwirtschaft und Handwerk beschäftigten. In „The Retreat“ gab es erstmals keine Anstaltskleidung mehr, jeder hatte die Möglichkeit zu lesen und zu schreiben. Bis auf wenige Einschränkungen konnte man sich auf dem Gelände frei bewegen. Auch wenn viele Außenstehende Tukes Konzept zur Behandlung psychisch Kranker zunächst belächelten, so verbreitete sich seine Idee im Laufe der Jahre zunehmend und sorgte für weitere Neuerungen in der Psychiatrie.

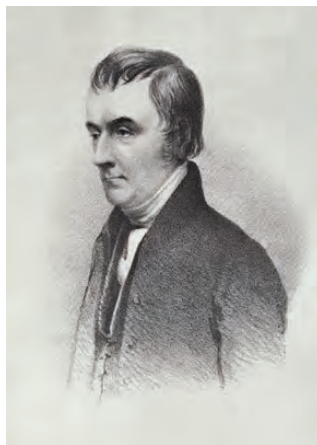


Abb. 16: Samuel Tuke



Abb. 17: Das „Retreat“ in York

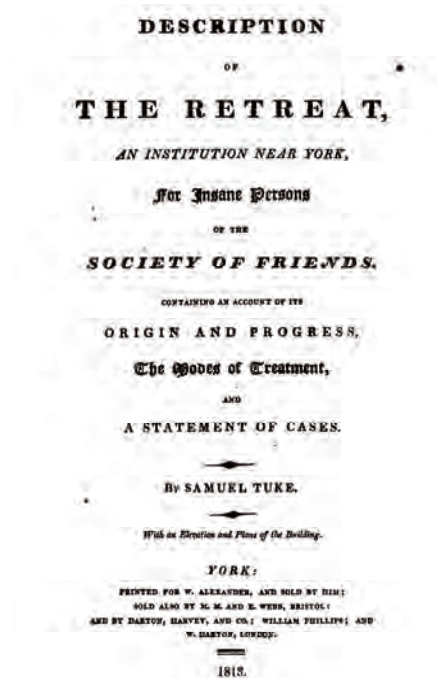


Abb. 18: Titelseite von Tukes Beschreibung des „Retreat“

5.3 Jean Etienne Dominique Esquirol: Allgemeine und spezielle Pathologie und Therapie der Seelenstörungen (1805)



Abb. 19: Jean Etienne Dominique Esquirol

Esquirol (1772-1840) gehört zu den Pionieren in der Erforschung und Behandlung von Geisteskrankheiten. 1805 veröffentlichte er sein erstes grundlegendes psychiatrisches Werk: *Des passions. Considérées comme causes symptomatiques et moyen curatifs d'alienation mentale*. Die erste deutsche Übersetzung dieses Buches stammt von Johann Christian August Heinroth, dem Inhaber des weltweit ersten Lehrstuhl für Psychiatrie („psychische Therapie“) in Leipzig.

1811 wurde Esquirol Arzt an der Salpêtrière in Paris und entwickelte in den Folgejahren die Konzepte seines Lehrers Philippe Pinel weiter.



Abb. 20: Titelblatt der ersten deutschen Übersetzung von 1827

6. Hier scheiden sich die Geister - Die zweite Psychiatriereform

Im Laufe des 19. Jahrhunderts verstärkten sich in Europa die Bestrebungen für eine verbesserte Unterbringung und Behandlung psychisch Kranker. Doch leider spaltete sich das Lager der Mediziner aufgrund unterschiedlicher Auffassungen, was für die Patienten am besten sei. Während die einen, vor allem in Deutschland, die Unterbringung der Kranken fernab ihrer sozialen Heimat in „Landasylen“ propagierten, forderten andere wie der Reformers Wilhelm Griesinger zumindest die Versorgung akut psychisch Kranker in „Stadtsylen“, damit eine Behandlung in enger Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken auf einer wissenschaftlichen Basis erfolgte. Leider konnte sich dieses Konzept der gemeinde- und universitätsnahen Versorgung nur in der Schweiz durchsetzen, hier wurden bereits 17% der Patienten in Universitätskliniken behandelt, an denen 23% der Psychiater arbeiteten. In Deutschland wurden dagegen gerade einmal 3% der Patienten in universitären Einrichtungen behandelt und nur 10% der Psychiater waren dort beschäftigt. Somit waren durch die Entwicklung in Deutschland 90% der Psychiater, die Forschung betrieben, Fachgesellschaften gegründet und Zeitschriften herausgegeben haben, vom Universitätsbetrieb weitgehend ausgeschlossen.

6.1 Wilhelm Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten (1845)



Abb. 21: Wilhelm Griesinger

Das Hauptwerk Wilhelm Griesingers (1817-1868), des wohl bedeutendsten deutschen Psychiaters des 19. Jahrhunderts, verdeutlicht seine Überzeugung, dass psychische Störungen ihre Ursache in Erkrankungen des Gehirns haben. Für Griesinger war deshalb die unmittelbare Zusammenarbeit der Psychiatrie mit der Neurologie in Forschung, Lehre und Therapie eine Grundvoraussetzung für die Behandlung psychisch kranker Menschen.

Vor der Psychiatrischen Klinik der Charité in Berlin, dem Hauptwirkungsfeld Griesingers, steht heute seine Büste.

Über den Sitz der psychischen Krankheiten und die Methode ihres Studiums.

§ 1.

Die vorliegende Schrift beschäftigt sich mit der Lehre von der Erkenntnis und Heilung der psychischen Krankheiten oder des Irreseins, das Irresein selbst, ein anomales Verhalten des Vorstellens und Wollens, ist ein Symptom; die Aufstellung der ganzen Gruppe der psychischen Krankheiten ist aus einer Betrachtungsweise hervorgegangen und ihr Bestehen ist nur von einer solchen aus zu rechtfertigen. Der erste Schritt zum Verständnis der Symptome ist ihre Lokalisation. Welchem Organ gehört das Phänomen des Irreseins an? – Welches Organ muss also überall und immer notwendig erkrankt sein, wo Irresein vorhanden ist? – Die Antwort auf diese Frage ist die erste Voraussetzung der ganzen Psychiatrie.

Zeigen uns physiologische und pathologische Tatsachen, dass dieses Organ nur das Gehirn sein kann, so haben wir vor Allem in den psychischen Krankheiten jedes mal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen.

§ 2.

Die Physiologie betrachtet das psychische Leben als eine besondere Lebensform des Organismus; sie sieht in den psychischen Akten Funktionen bestimmter Organe und sucht jene eben aus dem Bau dieser zu begreifen. Allbekannte Experimente zeigen nun, wie zwar das Vorstattengehen der im weiteren Sinne psychischen Tätigkeiten an das ganze Nervensystem gebunden, wie aber nur das Gehirn, und auch dieses nur in einzelnen seiner Teile, der Sitz des Vorstellens und Strebens ist. Allerdings kommen sowohl dem Rückenmark, als dem Gangliensystem des Sympathikus nicht bloß Leitungsfunktionen, sondern auch zentrale Tätigkeiten der Mittheilung, Association und Erregung zu (Tonus, Reflexactibnen etc.) Zu jenen höheren zentralen Tätigkeiten verhalten sie sich aber wieder als lediglich Peripherische. Wohl bieten die Zustände des ganzen Nervensystems, indem sie unmittelbar dem Gehirne sich mittheilen, auch Elemente zur Erregung und Unterhaltung geistiger Tätigkeiten dar – von allen peripherischen Nerven ausbreitungen aus können Eindrücke entstehen, welche Anstöße zu Trieben, zu dunkleren oder bewussteren Vorstellungen und Bestrebungen abgeben können – aber die Sammlung und Aufnahme dieser Eindrücke, der von ihnen ausgeübte Einfluss auf große zusammengesetzte Bewegungsreihen (auf das Handeln), jenes Vorstellen und Streben selbst, das von ihnen influencirt wird, findet nur im Gehirne statt.

Die inneren Hergänge des Vorstellens und Wollens sind so wenig als die des Empfindens aus der Organisation des Gehirns zu begreifen. Dennoch lassen sich die Vorgänge bei den psychischen

Tätigkeiten im Allgemeinen leicht an den Bau der betreffenden Teile anknüpfen. Die in der Schädelhöhle liegende Abteilung des Zentralnervensystems besteht aus

Nervenmassen, welche einerseits die sensitiven Rückenmarksstränge und die zentralen Ausbreitungen der höheren Sinnesnerven in sich aufnehmen, von denen andererseits die motorischen Markstränge ausgehen. Dem entsprechend sehen wir, wie alle aus dem Körper und durch die Sinne zentripetal einfallenden Eindrücke im Gehirne sich sammeln, partizipiert, assimiliert werden, die Geistestätigkeit erregen und unterhalten, und wie von hier aus wieder Anlässe zu neuen, zentrifugalen Arten, Beziehungen der Empfindung und der Geistestätigkeiten auf die Action der Bewegungsorgane – Strebungen und motorische Reize für die Muskelapparate entstehen.

Wir sehen, wie in der Tierreihe die psychischen Tätigkeiten umso mannigfaltiger, reicher und einer umso feineren Ausbildung fällig werden, je mehr das Gehirn an Volumen zunimmt und je verwickelter und gestaltenreicher seine Organisation, namentlich je mächtiger die eigentliche Substanz der großen Hemisphären wird. Wir sehen, wie beim Menschen eine in höherem Grade mangelhafte Entwicklung des Gehirns mit Schwäche der höheren psychischen Art, des Vorstellens und Wollens, verbunden ist (in vielen Fällen von Idiotismus), und die Erfahrung an allen Menschen zeigt uns, wie diese psychischen Tätigkeiten sich wesentlich ändern mit der Entwicklung und Umänderung des Gehirns in den verschiedenen Lebensaltern. Eben in diesen zeitlichen Metamorphosen, diesem Weiterschreiten von almhähigem Wachstum zur gereiften Höhe und zur Wiederabnahme, geht die psychische Tätigkeit des Gehirns parallel mit allen übrigen organischen Funktionen und erweist sich damit dem Entwicklungsgesetze des Organismus ebenso wie diese unterworfen.

Man hat bekanntlich schon versucht, einzelne Seiten der psychischen Tätigkeit in andere Partien des Nervensystems, als das Gehirn, zu verlegen, z. B. das Gemüht in den N. Sympathikus. Diese Hypothese ging von psychologischer Seite aus der genugsam widerlegten Annahme getrennter Seelenvermögen hervor. Von physiopathologischer Seite steht sie mit Allem im Widerspruch, was sich Positives über die Funktionen des Sympathikus angeben lässt. – Ganz ebenso unbegründet ist die, übrigens nie auch nur zu einem klaren Ausdruck gebrachte Lehre, welche ein unmittelbares Mitwirken aller Teile des Organismus (also auch der Knochen, Drüsen etc.) bei den psychischen Tätigkeiten annahm, und demgemäß auch das Irresein unmittelbar aus Störungen solcher peripherischer Organe erklären wollte.

In neuester Zeit hat man – zufolge ganz interessanter Deutung experimenteller Tatsachen – auch dem Rückenmark eigentliche psychische Funktionen, Empfindung und selbst Willkür, zugeschrieben (Pflüger, Auerbach). – Schiff (Physiologie des Nervensystems I. p. 211 ff.) hat diese Anschauungen sowohl von experimentaler, als psychologischer Seite klar und bündig beleuchtet. Man wird zugeben dürfen, dass die Eindrücke im Rückenmark im Allgemeinen wohl nach demselben Schema, wie im Gehirn, verarbeitet werden, und es lässt sich nicht gerade strikt widerlegen, dass beim enthaupteten Frosch im Rückenmark noch Empfindung und selbst Schmerz entstehe; aber von „Wille“ (im Sinn des Sprachgebrauchs) kann hier keine Rede sein; hiezu gehören bewusste Empfindungen mit den Vorstellungen der angestrebten Bewegung, der Räumlichkeit, des eigenen begrenzten Körpers, und hiezu ist die Mitwirkung der zentralen Sphäre des Gesichtsinns (also ein cerebraler Vorgang) wohl unentbehrlich. – Ganz neuestens ist übrigens Pflügers Standpunkt auch von Seiten seiner experi-

mentellen Grundlagen angefochten worden. Vgl. Goltz, Königsb. med. Jahrb. II 1860. p. 189.

§. 3.

Die pathologischen Tatsachen zeigen uns so gut wie die physiologischen, dass nur das Gehirn der Sitz normaler und krankhafter geistiger Tätigkeiten sein kann, dass die Integrität der psychischen Prozesse an die Integrität dieses Organs geknüpft ist, auch wie beide mit einander wieder von dem Verhalten anderer Organe in Krankheiten abhängig sind. Die konstanten und wesentlichen Symptome der Gehirnerkrankheiten, mögen sie aus inneren Ursachen oder aus äußeren Verletzungen entstanden sein, bestehen ja außer den Anomalien der Empfindung und Bewegung, bei jeder schweren Erkrankung eben aus geistigen Störungen (Exaltation oder Trägheit des Vorstellens, Verlust des Bewusstseins, Delirien etc.), und die selteneren „Wahrnehmungen, wo bei schweren Desorganisationen des Gehirns und bei Verlust an Gehirns substanz gar keine Störungen der Geistestätigkeit sich zeigen, vermögen jene Ergebnisse der alltäglichen Beobachtung nicht zu schwächen.

Eine Anzahl solcher Fälle findet man z. B. bei Longet (Anat. Et Physiol. d. syst. nerv. Par. 1842. I. p. 670) zusammengestellt. Gegen die meisten dieser und der anderweitig bekannt gewordenen ähnlichen Beobachtungen ließen sich mancherlei Bedenken erheben. In fast allen Fällen ist nur die Intelligenz im engeren Sinne beachtet, die Gemüthsbeschaffenheit und der Willenszustand ganz unberücksichtigt geblieben, und auch an die Intelligenz wurden gewöhnlich nur die geringsten Anforderungen gemacht — z. B. die Beantwortung einfacher ärztlicher Fragen, um sie für unverletzt zu erklären. In keiner dieser Beobachtungen ist die Intelligenz nach ihrem ganzen Umfange geprüft worden, und in vielen derselben, nämlich in allen Hospitalbeobachtungen, war eine Vergleichung des Geisteszustandes nach der Erkrankung oder dem Substanzverluste mit dem früheren schlechterdings unmöglich; alle feineren Abweichungen mussten hier notwendig der Beobachtung entgehen. Dem ungeachtet ist im Allgemeinen die Tatsache als richtig zuzugeben, dass es Hirnleiden und Hirnstrukturen gibt, welche das geistige Leben nicht erkennbar stören. Einmal kommt sehr viel auf den Sitz des Leidens an; nicht alle Teile des Gehirns stehen in gleichem Verhältnisse zu den Geistestätigkeiten; einzelne stehen vielmehr in viel näherer Beziehung zur Muskelbewegung

(Pons, Thalami etc.). Ferner ist beim Gehirn, wie bei allen paarigen Organen, ein Ersatz der Funktion durch die gesund gebliebene Hälfte in hohem Grade wahrscheinlich (vgl. §. 15). Endlich findet man auch in anderen wichtigen Organen nicht selten beschränktere anatomische Läsionen ohne auffallende Störung der Funktion (chronisches Magengeschwür, pleurit. Adhäsionen, Tuberkel etc.), und man hat gleichfalls Substanzverluste (durch gangränöse Losstossung) z. B. in der Lunge oder im Darme beobachtet, wo nach erfolgter Heilung die Prozesse der Respiration, der Verdauung wieder ohne auffallende Störung vor sich gingen. Man wird aber schwerlich solcher Tatsachen wegen den Satz fallen lassen, dass die Lunge das Respirationsorgan sei und dass die Verdauung im Darme geschehe.

Einen weiteren und noch direkteren Beweis für unsern Satz, dass das Gehirn das beim Irresein erkrankte Organ sei, liefern die Ergebnisse der Leichenöffnungen der Irren selbst. Bei vielen dieser Leichenöffnungen findet man wirklich anatomische Veränderungen im Gehirn selbst oder seinen Hüllen, und da, wo überhaupt anatomische Veränderungen vorkommen, sind die des Gehirns wenigstens die einzigen konstanten. Der Umstand, dass man nicht immer solche Veränderungen findet, vermag diesen Grund nicht zu schwächen. Wir finden bei den Leiden des Zentralnervensystems, die als überwiegende Reizzustände sich äußern, sehr gewöhnlich keine palpablen Veränderungen (z. B. bei den Neuralgien, Krämpfen), solche vielmehr vorzüglich bei den Schwächezuständen, Paralyzen; sehr viele psychische Krankheiten gehören aber zur ersteren Klasse,

Es verhält sich also hier wie bei so vielen andern Nerven- und Gehirnerkrankheiten, der Epilepsie, dem Tetanus etc., deren Sitz im Gehirn oder Rückenmark, wenn auch in vielen Fällen durch die pathologische Anatomie nicht ad oculos demonstriert, doch aus Gründen der Physiologie von Niemanden in Zweifel gezogen wird.

Die Mehrzahl der Geisteskranken bietet aber auch, außer den Störungen des Vorstellens und Wollens, noch bedeutende Anomalien anderer, dem Gehirne gleichfalls unzweifelhaft angehöriger Funktionen dar. Vor Allem die Halluzinationen, Anomalien der zentralen Sinnestätigkeit, welche zwar zum großen Theile als periphere empfunden werden, deren Entstehung aber notwendig in das Gehirn verlegt werden muss, wie dies z. B. die Fälle von andauernden Gesichtshalluzinationen bei völliger Blindheit mit Atrophie des N. opticus (Esquirol) unwiderleglich beweisen. Ebenso sehen wir die zentrale Erregung der willkürlichen Muskeln, eine unzweifelhafte Gehirnfunktion, bei sehr vielen Geisteskranken verändert, theils als erhöhte Aktivität und Energie, theils als kataleptische Starrheit, theils als jene Paralyse, welche gleichen Schritt mit dem Verlaufe einer gewissen Form des Irreseins (des Blödsinns) hält, und noch viele andere Anomalien der Gehirnfunktionen (verringerte Empfindlichkeit für Schmerz und Temperatur, Schlaflosigkeit, Konvulsionen, Kopfkongestion etc.) werden bei Geisteskranken als mehr accessorische Phänomene beobachtet, welche zu weiterer Bestätigung eines vorhandenen Gehirnleidens dienen mögen.

Während es – wenigstens zur Zeit der ersten Ausgabe dieser Schrift – für manche Ärzte, ja für ganze psychiatrische Schulen einer ausführlichen Beweisführung für den Schlusssatz des §. 1 bedurfte, waren längst manche der besten Psychologen von ihrem eigenen Standpunkt zu demselben richtigen Satze gelangt, dass in jeder Geisteskrankheit das Gehirn leide und dass dieses Leiden die nächste Ursache jener sei. Vgl. Stiedenroth, Psychologie. 11. p. 278.

§ 4

Indem man durch die Tatsachen genötigt das Vorstellen und „Wollen in das Gehirn verlegt, soll über das Verhältniß dieser psychischen Akte zum Gehirn, über das Verhältniß der Seele zur Materie überhaupt noch nichts präjudiziert werden. Vom empirischen Standpunkte aus ist zwar vor Allem die Tatsache der Einheit von

Leib und Seele festzuhalten und muss es dem Apriorismus überlassen bleiben, die Seele ohne Beziehung auf den Leib, eine leiblose Seele, zu untersuchen und sich mit abstrakten Betrachtungen über ihre Immaterialität und Einheit im Gegensatz zur Vielheit der Materie etc. zu begnügen. Aber die Hypothesen, die man schon ersonnen hat, um jene unerklärliche Einheit für die Reflexion fasslicher zu machen, von jenen feinen Fluidis an, die zwischen Leib und Seele vermitteln sollen, jenen Materien, „dünn genug, um gelegentlich für Geist passieren zu können“ bis zu dem System prästabiler Harmonie, vermöge dessen Leib und Seele niemals auf einander, sondern immer nur mit einander wirken sollen, – diese Hypothesen sind für die empirische Betrachtung gleich unwiderleglich und gleich unannehmbar. Wie ein materielles, physikalischer Vorgang in den Nervenfasern oder Ganglienzellen zu einer Vorstellung, zu einem Akte des Bewusstseins werden kann, ist vollkommen unbegreiflich, ja wir haben keine Ahnung, wie auch nur eine Frage nach dem Vorhandensein und der Art von vermittelnden Vorgängen zwischen beiden zu stellen wäre. Alles ist hier noch möglich. Bei dieser Sachlage ist die einfachste Hypothese die beste und sicher bietet die materialistische weniger Schwierigkeiten, Unklarheiten und „Widersprüche (namentlich auch in Bezug auf die erste Entstehung des Seelenlebens), als irgend eine andere. Es ist also wissenschaftlich gerechtfertigt, mit gänzlichem Absehen von jenen möglichen, aber vollkommen unbekannten vermittelnden Vorgängen, die Seelentätigkeiten in derjenigen Einheit mit dem Leibe und namentlich mit dem Gehirne aufzufassen, welche zwischen Funktion und Organ besteht, das Vorstellen und Streben in gleicher Weise als die Tätigkeit, die spezifische Energie des Gehirns zu betrachten, wie man die Leitung in den Nerven, die Reflexaction im Rückenmarke etc. als die Funktionen dieser Teile betrachtet und die Seele zunächst und vor allem für die Summe aller Gehirnzustände zu erklären.

Wirkliche Auskunft über das Geschehen in der Seele vermag weder der Materialismus zu geben, der die Seelenvorgänge aus der körperlichen, noch der Spiritualismus, der den Leib aus der Seele erklären will. Wüssten wir auch Alles, was im Gehirn bei seiner Tätigkeit vorgeht, könnten wir alle chemischen, elektrischen etc. Prozesse bis in ihr letztes Detail durchschauen – was nützte es? Alle Schwingungen und Vibrationen, alles Elektrische und Mechanische ist doch immer noch kein Seelenzustand, kein Vorstellen. Wie es zu diesem werden kann – dies Rätsel wird wohl ungelöst bleiben bis ans Ende der Zeiten und ich glaube, wenn heute ein Engel vom Himmel käme und uns alles erklärte, unser Verstand wäre gar nicht fähig, es nur zu begreifen!

Was soll man nun zu dem platten und seichten Materialismus sagen, der die allgemeinsten und wertvollsten Tatsachen des menschlichen Bewusstseins über Bord werfen möchte, weil sie sich nicht im Gehirn mit Händen greifen lassen? Indem die empirische Auffassung die Phänomene des Empfindens, Vorstellens und Wollens dem Gehirn als seine Tätigkeiten zuschreibt, lässt sie nicht nur den tatsächlichen Inhalt des menschlichen Seelenlebens in seinem ganzen Reichtum unberührt, und hält namentlich die Tatsache der freien Selbstbestimmung nachdrücklich fest, sie lässt natürlich auch die metaphysischen Fragen offen, was es etwa sei, was als Seelen Substanz in diese Relationen des Empfindens, Vorstellens und Wollens eingehe, die Form der

psychischen Existenz annehme etc. Sie muss ruhig die Zeit erwarten, wo die Fragen über den Zusammenhang des Inhalts des menschlichen Seelenlebens mit seiner Form statt zu metaphysischen – zu physiologischen Problemen werden. Möchte man in-
dessen aufhören, sich wegen unbeantwortbarer Fragen zu verfolgen, sich in der Wis-
senschaft mit Steinen zu werfen und, mit Einmischung ganz heterogener Gesichts-
punkte, sich zu verketzern! Möchten noch die Fanatiker und Pietisten des Materia-
lismus einen Punkt bedenken, der mir bei den bisherigen Diskussionen über diese
Fragen noch nicht gehörig hervorgehoben scheint. Die elementaren Vorgänge in den
Nervenmassen werden wohl, besonders wenn man sie sich – wie heutzutage Viele –
als wesentlich elektrische denkt, notwendig höchst einfache, in Plus und Minus be-
stehende, bei allen Menschen immer identische sein. Wie könnte aus ihnen allein und
unmittelbar die unendliche Mannigfaltigkeit der Vorstellungen, Gefühle, Willens-
richtungen nicht nur der einzelnen Menschen, sondern ganzer Jahrhunderte hervor-
gehen?

Ein etwaiger Streit über Materialität oder Immaterialität der psychischen Pro-
zesse lässt sich also mit unsern gegenwärtigen Begriffen“ keinesfalls entscheiden; er
fiele zum Teil, und zwar schon in seinen ersten Voraussetzungen, zusammen mit der
Frage nach den inneren Veränderungen bei der Tätigkeit des Nervensystems. Alle
Vergleichungen mit den Imponderabilien, welche in einem ähnlichen Verhältnisse
zur Materie stehen – auch sie erscheinen als etwas Immaterielles, werden aber durch
materielle Veränderungen hervorgerufen und in ihren Wirkungen modifiziert, und
bewirken selbst wieder Veränderungen in der Materie – sind nur wenig förderlich.
Das psychische oder nervöse Agens hat in der ganzen übrigen Welt nichts wirklich
Analoges; die Theorie findet, wie schon Locke aussprach, dieselben Schwierigkeiten,
ob sie die Materie denken lassen oder ob sie die Einwirkung eines Immateriellen auf
die Materie begreifen will. Dass die Seelentätigkeiten übrigens immer von materiellen
Akten begleitet sein müssen, leugnet wohl Niemand; sehr gut entwickelt findet sich
auch dieses Verhältnis bei Stiedenroth (I. p. 52 und a. a. 0.); nur die jener organi-
schen Begleitung teilhaftige Vorstellung ist ihm eine wirkliche und bewusste und –
ein fruchtbarer Satz! – je lebhafter die organische Begleitung, desto lebhafter das
Vorstellen. – Einige Seiten der psychischen Prozesse sind übrigens offenbar mit sog.
körperlichen Vorgängen (mit andern Arten des Organismus) enger verbunden als
andere, z. B. als das reine, ruhige Denken. Erinnerung und Liebe, sagt Aristoteles
(von der Seele I. 4), kommen nicht der Seele, sondern dem Gemeinsamen von ihr und
dem Körper zu. In der Tat, am Gedächtnis und an der „Liebe“ ist die unmittelbare
Einmischung organischer Prozesse am deutlichsten; auch von der Phantasie könnte
man noch dasselbe sagen.

§ 5.

Nach allen obigen Prämissen wird nun die von der älteren deutschen Psychi-
atrie oft und weitläufig behandelte Frage, ob beim Irresein, bei den Anomalien im
Vorstellen und „Wollen, die Erkrankung auch wirklich die Seele betreffe, ihre einfa-
che, bejahende Lösung finden. Nur wird man allerdings nicht von Krankheiten der

Seele selbst zu sprechen haben – so wenig überhaupt eine richtige Pathologie von Krankheiten der Lebensprozesse, der Funktionen spricht – sondern nur von Krankheiten des Gehirns, durch welche jene Akte des Vorstellens und Wollens gestört werden.

§ 6.

Wenn aber alles Irresein auf Gehirnaffektion beruht, so gehören deshalb nicht alle Gehirnkrankheiten zu den Geisteskrankheiten. Welche Art von Gehirnerkrankung ist es nun, mit der man es bei dem Irresein zu tun hat? – vom anatomischen Standpunkte sind es die allerverschiedensten Erkrankungen, deren Symptomengruppe man Irresein nennt. Bloße Irritationen ohne merkliche Gewebeeränderung, Encephalitis der Gehirnrinde, Atrophie, Ernährungsveränderungen, Kreislaufsanomalien des Gesamtgehirns, Apoplexia intermeningeae, einfache Gehirnhyperämien etc., – bei allen diesen unter sich so außerordentlich verschiedenen Zuständen können Symptomenkomplexe gegeben sein, wegen deren man die Kranken in die Irrenhäuser schickt und welche in den psychiatrischen Schriften als Geisteskrankheiten beschrieben werden. Jeder Versuch, das Irresein von den akuten oder chronischen Gehirnkrankheiten, wie sie vom anatomischen Standpunkte aus gebildet sind, z. B. der Meningitis, Encephalitis etc., streng zu unterscheiden, wäre das vergeblichste Unternehmen, da ja eben manche Fälle von Geisteskrankheit selbst Meningitis, Encephalitis etc. sind. Der Begriff der Geisteskrankheiten als ein rein symptomatologischer, liegt vielfach ganz innerhalb jener anatomischen Begriffe und die Objekte beider lassen sich gar nicht mit einander vergleichen. Nur soviel kann im Allgemeinen mit Sicherheit gesagt werden, dass die Gehirnkrankheiten, welche den Geistesstörungen zu Grunde liegen, unendlich viel häufiger diffuse, als heerdartige Erkrankungen¹ sind.

Die Gehirmpathologie steht heute noch zum großen Teil auf dem Standpunkt, den die Pathologie der Brustorgane vor Laennec einnahm. Statt überall von den Strukturveränderungen des Organs ausgehen und das Zustandekommen der Symptome in exakter „Weise von den Veränderungen der Gewebe ableiten zu können, hat sie es häufig genug mit Symptomenkomplexen zu tun, von denen sie den Sitz kaum annäherungsweise und den Mechanismus der Entstehung gar nicht kennt. Sie muss sich an das Äußere der Phänomene halten und muss noch Krankheitsgruppen nach etwas Gemeinsamem und Charakteristischem in den Symptomen, zunächst abgesehen von deren anatomischer Grundlage, bilden. So die Epilepsie, die Chorea etc. ; so auch die psychischen oder Geisteskrankheiten, unter welchen wir also alle diejenigen Gehirnaffektionen zu begreifen haben, bei denen Anomalien, Störungen im Vorstellen und „Wollen die für die Beobachtung hervorstechendste Symptomengruppe bilden.

Die „gewöhnlichen Gehirnkrankheiten“, die umschriebeneren Entzündungen, die Abszesse, die Gehirntumoren, die tuberkulöse Meningitis etc. heißt man nicht

¹ S. des Verfassers diagnostische Bemerkungen über Hirnkrankheiten. Archiv der Heilkunde. Leipz. 1860. I. p. 51.

Geisteskrankheiten, wiewohl die psychischen Tätigkeiten bei ihnen auch ganz gewöhnlich mehr oder weniger gestört sind, weil andere Gehirnsymptome, die Erscheinungen gestörter Empfindung und Bewegung, doch in der Regel weit vorherrschen: *a potiori fit denominatio*. Ausnahmsweise werden aber doch auch solche Kranke als geisteskrank bezeichnet und kommen in die Irrenhäuser, wenn z. B. der Fall sich von vornherein chronisch gestaltet, sich frühe schon tobsüchtige Aufregung einstellt etc. — Andererseits sind bei den „Geisteskrankheiten“ die sensitiven und motorischen Funktionen des Gehirns sehr gewöhnlich auch gestört, aber diese Störung ist untergeordnet, die psychische Anomalie erscheint als Hauptsache. — Weitere Definitionen können und brauchen von den Geisteskrankheiten nicht gegeben zu werden; eine allgemeine Diagnostik derselben findet sich im Abschn. II. Cap. 5 dieses Buchs.

§ 7

Da das Irresein nur ein Symptomenkomplex verschiedener anomaler Gehirnzustände ist, so könnte die Frage entstehen, ob seine von den übrigen Gehirnkrankheiten getrennte und abgesonderte Behandlung überhaupt zu rechtfertigen sei, ob nicht vielmehr die Psychiatrie auch äußerlich ganz in der Gehirn-Pathologie aufzugehen habe? — Allein, wenn auch von einer fernerer Zukunft Solches vielleicht zu erwarten steht, so wäre doch heutzutage jeder Versuch einer derartigen völligen Verschmelzung voreilig und völlig unausführbar. Wenn nur der innere Grundzusammenhang mit der sonstigen Gehirn-Pathologie stets im Auge behalten, wenn nur hier wie dort eine und dieselbe richtige, möglichst anatomischphysiologische Methode befolgt wird, so wird die Gehirn-Pathologie von der äußerlich abgesonderten, monographischen Bearbeitung solcher symptomatisch gebildeter Krankheiten in ihrer inneren Gliederung nicht gestört, sondern nur gefördert. Umso weniger aber wäre ein solcher Verschmelzungsversuch derzeit zulässig, als der Psychiatrie ihre Stellung als Teil der Gehirn-Pathologie überhaupt kaum erst erobert werden musste, und als manche praktische Seiten der Psychiatrie (das Irrenanstaltswesen, das Verhältnis zur gerichtlichen Medizin etc.) ihr einen Umfang und eine Eigentümlichkeit geben, die auch inmitten der Cerebralpathologie ihr unter allen Umständen eine große Selbstständigkeit erhalten müssen.

Frühere Versuche, die Geisteskrankheiten mit Zugrundlegung der ihnen entsprechenden anatomischen Veränderungen ganz in den Gehirnkrankheiten aufgehen zu lassen, zeigten sich durch ihr Misslingen als verfrüht und unmöglich (Sc, *Pinel, Pathologie cerebrale. Par. 1844*). Wenn neuestens einer der um die Wissenschaft verdienten Irrenärzte einen Versuch gemacht hat, einen Teil der psychischen Krankheiten vom rein pathologisch-anatomischen Standpunkte aus zu bearbeiten (Calmeil, *Traite des maladies inflammatoires du cerveau. Par. 1859. 2 vol.*), so bezieht sich dieser wertvolle Versuch eben der Natur der Sache nach nur auf einen Teil dieser Zustände. — So wird die Psychiatrie wohl noch lange ein eigener Wissenszweig innerhalb der Medizin bleiben; ihre abgesonderte Behandlung gibt dem Arzte auch Anlass, sich auf dem Gebiete des Seelenlebens, von dem sonst leider so wenige Nachrichten in

den gewöhnlichen Kreis der medizinischen Studien hinausgelangen, wenigstens einigermaßen zu orientieren.

§ 8

Da das Irresein eine Krankheit,² und zwar eine Erkrankung des Gehirns ist, so kann es für dasselbe kein anderes richtiges Studium geben, als das ärztliche. Die Anatomie, Physiologie und Pathologie des Nervensystems, und die gesamte spezielle Pathologie und Therapie bilden für den Irrenarzt die allernotwendigsten Vorkenntnisse. Alle „nichtärztlichen, namentlich alle poetischen und moralistischen Auffassungen des Irreseins sind für dessen Erkenntnis nur vom allergeringsten“ Werte. Einzelne poetische Darstellungen „Wahnsinniger“ sind in manchen, der Natur abgelauchten Zügen vortrefflich (Ophelia, Lear, vor Allem Don-Quixote); aber indem der Dichter fast durchaus diese Zustände mit Umgehung ihrer organischen Grundlagen, nur von der geistigen Seite, als Resultate vorausgegangener sittlicher Konflikte auffassen, und nur das, was diesem Zwecke dient, hervorheben muss, wird seine Schilderung zum mindesten einseitig. — Ein gleicher, und wegen des Ernsts, mit dem einzelne solche Versuche auftraten, noch schwererer Vorwurf trifft die moralistischen Betrachtungsweise.

Nichts ist falscher, nichts wird mehr von der täglichen Beobachtung verworfen, als jeder Versuch, das Wesen der Geisteskrankheiten in das sittliche Gebiet zu verlegen. Laut genug sprechen freilich die Tatsachen für eine sehr häufige psychische Entstehungsweise dieser Krankheiten; wie könnte es anders sein, da die psychischen Ursachen auch für die übrigen Gehirn- und Nervenkrankheiten zu den wichtigsten und häufigsten gehören? — Der jeweilige Zustand des Vorstellens und Wollens ist wesentlich abhängig, ja zum Teil das notwendige Ergebnis der Summe alles früheren Vorstellens und Wollens, und damit freilich ist im psychischen Leben selbst eine reichliche Quelle ursächlicher Momente geöffnet. Aber während die Sphäre der Sittlichkeit ganz innerhalb des bewussten, freien Denkens enthalten ist, liegen die Ausgangspunkte der anomalen geistigen Prozesse, zu denen diese Gehirnkrankheiten Anlass geben, auf einem ganz andern Gebiete. Aus dunkeln Verstimmungen des psychischen Gemeingefühls, der Selbstempfindung gehen beim Irresein ursprünglich affektartige Seelenzustände hervor, und wenn sich aus diesen ein den Kranken überwältigendes falsches Vorstellen und Streben herausgebildet hat, so ist dieser schon in einem Zustande, dem die ersten Voraussetzungen aller Sittlichkeit, die Besonnenheit, die Möglichkeit einer Überlegung und Wahl, fehlen, und all sein Tun kann gar nicht mehr unter den sittlichen Gesichtspunkt fallen.

² Eine Krankheit, an der man natürlich auch sterben kann. Wenn ein neuerer Irrenarzt (Irrenhausverwalter?) sagt: Geisteskranke sterben „in der Regel“ so wenig an der Seelenkrankheit, als die Menschen an der Vernunft, so ist dies eine alberne Antithese. An der Gesundheit stirbt freilich Niemand.

Die poetischen und moralistischen Auffassungen sind nicht nur unnötig und theoretisch falsch, sondern auch von positivem, praktischem Schaden. Durch jene sind die Laien mit Bildern der Geisteskrankheiten gefüllt worden, welche der Natur im Entferntesten nicht entsprechen; wenn dann diese Bilder nicht zutreffen, zweifeln sie, ob Geisteskrankheit vorhanden sei. Wie naiv ist das Erstaunen vieler Besucher in den Irrenanstalten, die sich deren Bewohner so ganz anders gedacht hatten! – Psychiatrische Theorien, welche die Geisteskrankheiten als die höchsten Steigerungen der „Leidenschaften“ auffassen, trugen Manches zu diesen Irrtümern bei.

Indessen – eine wirkliche Polemik gegen die moralistische Auffassung der Geisteskrankheiten ist heutzutage nicht mehr nötig. Zum Überfluss mag gegen dieselbe an die vielen Fälle rein körperlicher Entstehung der Geisteskrankheiten – durch Kopfverletzungen, Narcotica etc. – an ihre Erblichkeit – eine Familienanlage, die sich oft bei andern Anverwandten als Disposition zu andern schweren Neurosen, Epilepsie, Hysterie etc. ausspricht – an das Typische, das nicht selten ihr Verlauf, wie der der übrigen Nervenkrankheiten zeigt, an den zuweilen beobachteten Wechsel mit andern Krankheiten, an die Möglichkeit schneller Heilungen, an die Analogie mit den Traumbeständen etc. erinnert werden. Die beste Widerlegung aber wird die Einsicht in die tatsächlichen Hergänge selbst abgeben.

6.2 Wilhelm Griesinger: Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland (1868)

Das vielseitige Engagement von Wilhelm Griesinger, für Neuerung in der Psychiatrie zu sorgen, spiegelt sich auch in der von ihm 1867 gegründeten „Berliner Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft“ wider. Als Vorsitzender dieser Gesellschaft war Griesinger auch die Publikation von Forschungsergebnissen ein wichtiges Anliegen, er selber war Herausgeber der ersten Ausgabe des „Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ und schrieb den Aufsatz „Über Irrenanstalten“, in dem die damalige Situation in der Versorgung psychisch Kranker vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Unterbringung in „Land- und Stadtasyle“ detailliert beschrieben ist.

Bei verschiedenen Gelegenheiten war ich in der Lage, meine Ansichten über Irrenanstalten und über ihre Gestaltung in nächster Zukunft äußern zu müssen. Diese Äußerungen sind in Denkschriften, die nicht in die Öffentlichkeit gelangten, in Akten und Privatbriefen niedergelegt; einige Bemerkungen, die ich bei der Naturforscher Versammlung in Hannover (Zeitschr. f. Psychiatrie XX I r. p. 390) absichtlich machte, um nur vorläufig meinen Standpunkt zu bezeichnen, waren viel zu kurz und aphoristisch gehalten, um nicht Missverständnissen ausgesetzt zu sein. Ich werde deshalb auf den folgenden Blättern im Zusammenhange, doch freilich immer noch in notwendiger Kürze, auseinandersetzen, was ich für die Gestaltung des öffentlichen Irrenwesens in Deutschland in der nächsten Zukunft für notwendig oder ersprießlich

halte und auf welche Seite, ich mich bei der unzweifelhaften Krisis, in welche die Frage der öffentlichen Irrenfürsorge geraten ist, stelle. Ich sehe in dieser Krisis kein Unglück und keine Gefahr, sondern nur den Fluss nach vollkommeneren Gestaltungen; sie leugnen zu wollen, fördert die Sache nicht, der vorweg feststehende Entschluss, in dem Gegenwärtigen das allein Gute und Richtige zu sehen, hindert vielmehr die Auffindung der Wahrheit. Wenn die Wissenschaft neue Gesichtspunkte aufstellen kann, wenn sich dringende Bedürfnisse herausstellen, die mit den Mitteln der gegenwärtigen öffentlichen Irrenpflege nicht befriedigt werden können, so dürfen, weil dies der Fall ist, nicht die Bedürfnisse ignoriert oder in Abrede gestellt, sondern die Mittel müssen den Bedürfnissen angepasst werden, so handelte man ja auch, als die heutigen Irrenanstalten gegründet wurden; sollte heutzutage allein kein weiterer Fortschritt mehr möglich sein? Man beachte doch, was vor wenigen Jahren ein Mann, der für den größten Teil der Gegner der Reform eine Autorität ist, Damerow (Zeitschr. f. Psychiatrie XIX. 1862 p. 187), sagte: "Mit den jetzigen öffentlichen Irrenheil- und Pflegeanstalten allein ist für die Zukunft nicht mehr aus- und durchzukommen".

Warum nicht? - Gewiss auch aus den Gründen nicht, die Damerow selbst bei dieser Äußerung im Auge hatte, nämlich weil die Masse der in die öffentlichen Anstalten drängenden Kranken immer höher anschwillt und weil es immer unmöglicher wird, auf bisherigem Wege die Mittel für die Versorgung dieser Aller zu beschaffen. Aber ebenso sehr als diese, doch mehr äußeren Umstände sind es innere Gründe, hervorgegangen aus der weiteren Entwicklung der Wissenschaft, erworben durch genauere Kenntnisse der betreffenden Krankheitszustände und umfassendere Würdigung der mehr und mehr gesammelten Erfahrungen, die zu neuen Gestaltungen auf dem Gebiete der öffentlichen Irrenfürsorge hinleiten.

Die großen Reformen, welche vor 40-50 Jahren in Deutschland begannen, gingen aus von der Anerkennung, man möchte beinahe sagen von der Entdeckung, dass ein gewisser Teil der sogen. Geisteskranken heilbar ist. An diese Grundtatsache hat sich fast alles Weitere, was in Deutschland auf dem Felde der öffentlichen Irrenpflege verhandelt und geschehen ist, geknüpft, die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalten, die Kombination derselben, die Frage der etwaigen Wiedertrennung oder etwaiger neuer Vereinigung usw. Die Sorge um eine richtige Verteilung der Mittel und der Arten der Fürsorge zwischen den sogen. heilbaren und unheilbaren Geisteskranken beschäftigt heute noch vor allen anderen die, welche irgendwo bei der Frage der Errichtung neuer Irrenanstalten beteiligt sind.

Und doch müssen wir uns sagen, dass dieser Begriff der Heilbarkeit und Unheilbarkeit Angesichts der Erfahrung nicht den Wert hat, um zum Prinzip für die Verschiedenheit der Anstalten gewählt werden zu können. Die Kriterien der Heilbarkeit, sofern sie für die Aufnahme in die Anstalten dienen sollen, sind höchst misslich (in der Anstalt selbst gewinnt der Sachverständige allerdings, aber sehr oft zu spät, richtigere Kriterien); ein Hauptkriterium der Heilbarkeit, auf welches so oft ein außerordentlicher Wert gelegt wurde, nämlich die kurze Dauer der Krankheit, ist in der allgemeinen Ausdehnung, die dem Satze gegeben wurde, gänzlich fallen und kann nur die aller erfahrungswidrigsten Hoffnungen erregen, wie ein einziger Blick auf die Paralytiker zeigt; es gilt nur für eine ziemlich beschränkte Klasse von Kranken, für

diese allerdings in „vollster Kraft“. Der Begriff der Heilung und Heilbarkeit überhaupt ist in der Psychiatrie zu oft und mit zu weniger Kritik angewendet worden; die vollen Heilungen sind nicht so außerordentlich. häufig, ja sie sind selbst nur bei einer ziemlich beschränkten Klasse von Kranken möglich. Die Praxis des Lebens hat immer die Theorien durchbrochen, wonach die eine Klasse von Anstalten – liegen sie getrennt oder auf demselben Terrain – heilbare, die andere unheilbare Kranke haben soll. Es ist ein öffentliches Geheimnis, dass die sogen. „reinen Heilanstalten“ viel mehr Unheilbare als Heilbare aufnehmen; wir ist nicht eine einzige deutsche Heilanstalt bekannt, welche die Allerunheilbarsten, die Paralytiker, wirklich und auch de facto ganz ausschließt. Also, der Unterschied der Heilbarkeit und Unheilbarkeit, wissenschaftlich als nur schwachen Füßen stehend und praktisch als offizielle Fiktion erkannt, kann nicht das wahre Prinzip für die Sonderung oder Vereinigung der Kranken in eigenen Anstalten sein. Und doch ist gar nicht daran zu denken, dass für alle die so unendlich 'verschiedenen Zustände, die man herkömmlich Geisteskrankheiten nennt und die man noch weiter so nennen könnte, nur ein einziger Modus der öffentlichen Fürsorge passen, dass für so mannigfaltige, ja ganz heterogene Bedürfnisse etwa eine und dieselbe Art von Anstalten dienen könnte. Im Gegenteil; einer Meinung nach ist noch weiter als bisher in dem Bestreben zu gehen, den einzelnen Hauptarten dieser Zustände und Bedürfnisse durch Einrichtungen gerecht zu werden, die jedem besonders angepasst sind, und ich glaube, gegenüber den Forderungen des wirklichen Lebens, wie es ist, kann man an die Spitze alles Weiteren den Satz stellen:

Eine richtige öffentliche Fürsorge für die sogen., Geisteskranken bedarf zweier Haupt-Verpflegungsmodi, also wenn man will, zweierlei Hauptarten von Anstalten, die deswegen auseinander gehalten werden müssen,³ weil sie ganz verschiedene Lage, Einrichtung, Organisation haben wollen, die eine bestimmt für einen bloß transitorischen, die andere für einen langen Aufenthalt der Kranken. Die praktischen Einrichtungen für diese beiden Zwecke sind total verschieden, weit verschiedener, als bisher die Heil- und die Pflegeanstalten unter sich differentiell; nur für die eine, nämlich für die letztere Bestimmung eines langen Aufenthaltes sind diejenigen speziellen Institute erforderlich, die man heutzutage allgemein meint, wenn man von den modernen Irrenanstalten spricht. Das Scheidungsmoment selbst aber ist ein rein praktisches Bedürfnis, das sich ebenso leicht erkennen als in seinen weiteren Konsequenzen handhaben lässt.

Von den nervenkranken Individuen, welche als sogen. Geisteskranke den Irrenanstalten zugeführt werden, kommen nur ziem lich wenige in diese wegen der einfachen Tatsache ihrer Geisteskrankheit, für die Hülfe gesucht wird, die meisten vielmehr wegen eines gewissen Grades dieser Krankheit, welcher Störungen, Unzuverlässigkeiten, fatale, für den Kranken oder Andere nachtheilige Handlungen bereits mit sich führte oder unmittelbar besorgen lässt; Hunderte von Menschen, welche an den-

³ Natürlich nur da, wo überhaupt irgendeine Scheidung möglich ist: In Miniaturverhältnissen, wo man nur ein paar Dutzend Kranke zu versorgen hat, wird man auf jede Scheidung verzichten.

selben Krankheiten, aber nicht in demselben Grade und derselben Äußerungsweise leiden, kommen in andere, gewöhnliche Hospitäler oder sind zu Hause in ärztlicher Behandlung oder gehen selbst frei im Leben umher. Es ist nun Erfahrungssache, dass dieser hohe Grad und diese Störende und fatale Äußerungsweise bei den meisten dieser Kranken nicht sehr lange andauert, dass der hochgradige Depressions- oder Erregungszustand, aus dem die Indikation zur Versetzung in die Anstalt hergeleitet wurde, nach einiger Zeit wieder schwindet. Oft genügt eine ganz kurze Zeit von wenigen Wochen, selbst wenigen Tagen, um den Kranken wieder in den Zustand zu versetzen, in dem er sich seit Jahren befand, ehe die vorübergehende Exazerbation, vielleicht nur eine äußere Ursache hin eintrat. Jeder Irrenarzt weiß, dass man deshalb doch solche Individuen nicht so schnell wieder entlassen kann, aber eine große Zahl derselben bedarf doch nur einer temporären Behandlung und Verpflegung und eine solche kann unmöglich den ganzen weitläufigen Apparat erfordern, welchen man in der modernen Irrenanstalt für notwendig und zum Wesen derselben gehörig hält.

Wenn bei dem aufgenommenen Kranken die lebhaftere Erregung oder Depression, wegen welcher er in der Regel der Anstalt gebracht wurde, ich etwa gelegt oder einige Zeit unverändert angedauert hat, dann erkennt man in der Anstalt gewöhnlich erst die eigentliche Natur des Leidens. Man sieht, ob man es z.B. mit einer reinen Manie oder Melancholie oder mit diesen Formen bei einem zuvor schon schwachsinnigen Individuum, ob man es mit einfacher Melancholie oder etwa mit einer circulären Form etc. etc. zu tun hat oft sieht man dann erst - ich meine immer aus objektiver Untersuchung - ob der Fall ein akuter oder vielleicht ein ganz chronischer ist; selbst für die Erkenntnis der Paralyse braucht man öfters eine längere Beobachtung, bis die ersten Stürme vorüber sind. Dann erst ist es Zeit, sich an die Stellung der Prognose zu machen. Nach einiger weiteren Zeit zeigt es sich, ob der Verlauf des Falles überhaupt so sein wird, dass sein Ende als erneuter Fall abgewartet werden kann, und endlich stellt sich heraus, ob das Individuum als Genesener oder sogen. Gebesserter oder auch mit dem Geständnis des Ungeheilt Seins in irgendeine Form des Privatlebens zurückkehren kann, oder ob er wegen seiner voraussichtlich permanent andauernden psychischen Störung, oder sehr oft gar nicht hauptsächlich wegen dieser, sondern weit mehr wegen der Unzuträglichkeit und Ungunst seiner eigenen Verhältnisse auch permanent oder doch für voraussichtlich sehr lange Zeit der öffentlichen Fürsorge als chronischer Irrer anheimfallen wird.

Unter allen sogen. Geisteskranken, deren Hauptklassen ich im Vorworte dieses Heftes kurz zu skizzieren versuchte, - konstitutionelle Formen, lokale Erkrankungen mit dem paralytischen Charakter, accidentelle Hirnstörungen aller Art mit starken psychischen Symptomen - unter allen diesen kommen Fälle vor, welche nur eines ganz vorübergehenden Aufenthaltes in einer Anstalt, wenngleich zuweilen eines zum Öfteren wiederholten, bedürfen. Unter allen auch sind Fälle genug - selbst die Paralytiker machen hiervon keine Ausnahme, sobald die Außenverhältnisse günstig sind - welche wieder in Privatverhältnisse zurückkehren können, ohne in integrum restituirt zu sein.

Unter allen diesen Klassen finden sich aber auch chronische, sogen. ungeheilte resp. unheilbare Fälle, welche einen permanenten Aufenthalt in Special Verhältnissen

nötig haben, die eigens für ihre Bedürfnisse und für die Bedürfnisse der bürgerlichen Gesellschaft ihnen gegenüber hergestellt sein müssen. Aber dies zeigt sich - wie bemerkt - in der Regel erst, wenn ihre Reuten Zustände abgelaufen sind, und dass sie innerhalb der letzteren eben nicht solcher eigens eingerichteten Special Verhältnisse bedürfen, also auch nicht haben sollen - wer möchte diesem Satze widersprechen? - Die Erfordernisse, die für den bloß transitorischen Aufenthalt von Individuen mit akuten Krankheitszuständen erforderlich sind, lassen sich folgendermaßen kurz charakterisieren. Ich bemerke aber ausdrücklich, dass ich unter diesen akuten Zuständen weder bloß frische Erkrankungen, noch heilbare Formen verstehe; ich meine vielmehr ausdrücklich auch darunter Exacerbationszustände ganz chronischer Formen, so wie die zahlreichen Fälle, welche aus den Heilanstalten „geheilt“ entlassen werden, die ich den Hysterischen vergleiche, bei denen die Krampfanfälle für längere Zeit aussetzen.

Vor allem muss jede große Stadt in ihrer allernächsten Nähe einen solchen Ort zur richtigen Unterbringung und Behandlung akuter Fälle besitzen, und es muss die Aufnahme an diesen Ort in jeder denkbaren Weise erleichtert sein. Die Verlegenheiten und Störungen, die durch die akuten Zustände, hochgradige Melancholie, Selbstmordversuche, Manieausbrüche, alkoholische, erotische u. dergl. Erregungen in den Familien der niederen und mittleren Stände angerichtet werden, verlangen augenblickliche Abhilfe und für manche Fälle, namentlich der accidentellen Hirnleiden, kann wirklich die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit des Kranken von ein paar Tagen früherer oder späterer Entfernung von Hause abhängen.

Es muss also durch möglichst viele Gratis - Aufnahmen und durch niedrige Verpflegungs-Sätze die Aufnahme erleichtert werden. Alle öffentlichen Anstalten sollen für Arme, nicht für Reiche sein; aber man denke bei jenen nicht immer bloß an die unteren Volksklassen. In Deutschland ist vielleicht noch größer als in andern Ländern die Klasse der Bevölkerung, die bei guter Erziehung und sorgfältiger Geistesbildung ohne weitere Mittel auf den steten Ertrag ihres einzigen Kapitals, ihrer geistigen Kräfte angewiesen ist, deren Einnahme alsbald mit ihrer Erkrankung stockt, wo daher die Unterbringung in Privatasyle meistens unmöglich ist. Für diesen in den großen Städten massenhaft sich zusammenfindenden, wichtigen und interessanten Teil der Bevölkerung, kleinere Gelehrte, Künstler, Ärzte, Beamte, Literaten, Kaufleute etc., für Frauen, Töchter und Witwen mit Bildung, aber ohne Vermögen, muss der Aufenthalt in diese öffentlichen Anstalten sehr erleichtert und müssen die Verhältnisse im Innern derselben auf einen anständigen Fuß gestellt sein.

Nichts von den kostspieligen, weitläufigen, Raum einnehmenden Mechanismen und Einrichtungen, die für die moderne „Irrenanstalt“ nötig befunden werden, braucht das nur zu transitorischem Aufenthalte bestimmte Haus. Ein großes Areal verbietet sich von selbst doch die enormen Preise in unmittelbarer Nähe einer großen Stadt; wozu sollte auch ein solches dienen? Land- und Feldbau wird man weder an diesem Platze noch mit dieser flottierenden Bevölkerung treiben wollen; ein kleiner, aber freundlicher und schattiger Garten (für beide Geschlechter getrennt) ist in der Nähe großer Städte leicht zu haben; für reichlichen Luftgenuß kann aber namentlich auch durch größere Veranden gesorgt werden. Keine Werkstätten; man weiß heutz-

tage überall, dass sie nur für „Pflege-Anstalten“ nötig sind; keine Kirchen, sondern ein freundlicher Bettsaal; keine großen Speisesäle, Spielplätze, Turnanstalten, Kegelbahnen, Raum zu großen geselligen Vereinigungen, zum Theaterspielen (!) etc., was alles für heute Zustände unbrauchbar, für die relativ kurze Zeit der Rekonvaleszenz oder Beruhigung unnötig ist. Dagegen ruhige Lage in möglichst freundlicher Umgebung, Entfernung von Geräusch und Treiben der Stadt ohne die Affektation, als ob hier Geheimnisse verborgen würden. Diese Erfordernisse, Stille und Schutz vor der Überflutung durch die große Stadt, sind am schwersten vollständig zu befriedigen, aber es muss geschehen und hierfür rechtfertigt sich ein größerer Kostenaufwand vollständig; auf jeden Gedanken ländlicher Abgeschiedenheit ist natürlich für diese Art von Anstalten gänzlich zu verzichten. Ist es ausnahmsweise möglich, noch in einer Stadt selbst, nur nicht in Mitten, sondern an der Peripherie, einen stillen, freundlichen, vor Zudringlichkeiten geschützten, in allen Haupterfordernissen befriedigenden Platz zu bekommen, so ist ein solcher schon viel besser, als wenn man eine halbe Stunde vor den Toren einer großen Stadt baut. Ich weiß, dass ich mit diesem Satz nichts als Gegner unter den heutigen Irrenärzten finde, aber ich spreche das aus, was ich nach Erfahrung und reiflicher Überlegung als Wahrheit erkenne.

Das ärztliche Personal dieser Anstalten muss relativ groß und mit der Wissenschaft vertraut sein i der Dienst ist bei so vielen akuten Fällen anstrengend und die Verantwortung bedeutend. Es ist aber ganz unnötig, ja für diese Art von Anstalten selbst unzuträglich, dass der Oberarzt der Anstalt selbst im Hause wohne. Wenn dies an sich einige Vortheile hätte, so wird durch die Errichtung eines eigenen Hauses - und dies müsste einem Arzt in dieser Stellung doch gegeben werden - für einen ärztlichen Direktor, das auch wieder eine Appertinenzen, Garten etc. beansprucht, die ganze Sache wieder kompliziert, weitläufig und in nächster Nähe einer großen Stadt oft unmöglich. Es genügt vollständig, wenn der Oberarzt die Verpflichtung hat, täglich die Anstalt zu besuchen, längere Zeit in ihr zu verweilen, dringende Fälle abends noch einmal zu sehen, auch die ganze Leitung auf seine Verantwortlichkeit zu nehmen, und wenn 2-3 tüchtige jüngere Irrenärzte nebst einem geeigneten und die Erfordernisse einer solchen Anstalt in humanem Sinne . verstehenden Verwalter im Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. im Hause wohnen; tüchtige Oberwärter und Oberwärterinnen verstehen sich von selbst.

In hohem Grade empfehlenswert wird die Einrichtung sein, dass bei jeder Anmeldung eines Aufnahmealles einer der Assistenzärzte der Anstalt die Obliegenheit hat, so bald als möglich selbst den Kranken in seiner Wohnung zu besuchen, um sich von der Sachlage, der Dringlichkeit der Aufnahme und der wirklichen Geeignetheit des Falles zu überzeugen. Es wird hierdurch auch der bedeutende Vorteil erreicht, dass der Arzt die bisherigen Verhältnisse des Kranken selbst sieht und mit den Angehörigen über die Anamnese konferieren, aber auch die richtigen Anordnungen für den Transport des Kranken nach dem Orte seiner Bestimmung beraten kann.

Diese Anstalten können und sollen klein sein; je nach der Größe der Stadt genügen 60, 80-150 Plätze. Der Wechsel der Kranken ist relativ rasch, keiner darf über eine bestimmte Zeit, etwa höchstens 1 Jahr, in ganz besonderen Ausnahmefällen 1,5 Jahre an diesem Orte verweilen. Die akuten Zustände dauern selten lange an. (ein-

zelne Fälle sogen. protrahirter, aber noch einfacher Manie beim weiblichen Geschlechte mögen eine Ausnahme machen); sie gehen entweder in Genesung oder doch Beruhigung, oder in den Tod, oder einen schleppenden chronischen, beruhigten Zustand über; die wirklichen Heilungen in den Irrenanstalten kommen in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle in den ersten 6-9 Monaten zu Stande; auch diejenigen bedeutenden Besserungen und Beruhigungen, die dem unheilbaren Kranken gestatten, in Privatverhältnisse zurückzukehren, sind durchaus Sache derselben Zeit. In derselben Zeit auch lässt sich mit Leichtigkeit entscheiden, ob der Zustand oder die Verhältnisse des Kranken eine meiner Erfahrung in der K. Charite können nicht wenige der wirklich frischen, akuten Fälle schon nach 2-3 Monaten ohne Nachteil wieder entlassen werden. Ein Hauptpunkt aber muss der sein, dass die Familien nicht ohne Bewilligung der Anstalt ihre Kranken zurücknehmen können und dass für den freien Abfluss der Unheilbaren gesorgt ist. Es ist also absolut nothwendig, dass die Anstalt mit den Anstalten anderer Art (s. unten) in nahe Beziehung gesetzt werde, so dass nach getroffener Übereinkunft in ihnen eine alsbaldige Aufnahme der nicht mehr geeigneten Fälle stattfinden kann. Ist dies nicht der Fall, so bricht auch über die Anstalten für akute Zustände das Verderben der Überfüllung herein, sie verlieren ihren wesentlichen Sinn und Charakter und werden ordinäre Irrenhäuser.

Die Nähe der großen Stadt bietet den unschätzbaren Vorteil, dem ruhig gewordenen Kranken das Bewusstsein der Nähe seiner Familie und seiner Freunde und damit eines der wesentlichsten Mittel des psychischen Wohlbefindens, der Beruhigung, des inneren Haltes, des Sich-Wieder-Einlebens in das Alte zu gewähren und einen häufigen, natürlich ärztlich wohl regulierten Verkehr mit seiner Familie zu gestatten. Es kann ihm durch diese Nähe schon öfters eine Beschäftigung ausser dem Hause verschafft werden, und erwächst ihm durch sie vor allem der hohe Nutzen, dass der beruhigte Kranke durch mehrtägige Besuche zu Hause die Probe seines Zustandes machen, dann bloß beurlaubt (und im Nothfälle sofort wieder aufgenommen) und längere Zeit von der Anstalt aus mit Leichtigkeit überwacht werden kann.

Für die innere Einrichtung dieser Asyle ist der Behandlungszweck allein maßgebend; sie unterscheiden sich nicht sehr weit von den sonstigen gewöhnlichen Hospitälern. Keinerlei Luxus im Bau und in der Einrichtung, sondern Einfachheit, aber Behaglichkeit muss das erste Prinzip sein. Äußerlich braucht sich das Haus von einem großen Privathause kaum zu unterscheiden (also keine Türmchenspitzen und andere dergl. törichte Schnörkel!), oder es kann je nach dem Terrain aus mehreren kleineren Häusern (Pavillons) bestehen, die aber nimmermehr durch Hallen und Bogengänge zu verbinden sind. Für die innere Einrichtung muss die Tatsache leiten, dass unter der Bevölkerung dieses Hauses eine Menge körperlich Leidende, mit schweren Hirn- und Nervensymptomen, mit allgemeinen Ernährungskrankheiten, mit erheblichem Schwächezustande behaftete Kranke sind, dass ferner hier viele Fälle vorkommen, die in einem hohen Erregungszustande aufgenommen werden. Es ist also nicht zu viel, sondern vielleicht noch zu wenig, wenn auf die Bewohner des Hauses circa. 25 Prozent gerechnet werden, die eine anhaltende Wache und Pflege Tag und Nacht, also eine hierfür bestimmte Abteilung (a. surveillance continue, Wachsäle) bedürfen. Es muss überhaupt jeder frisch hereinkommende Kranke zum mindesten für

einige Tage dieser Abteilung zugewiesen werden, bis man ihn näher kennt. Es ergibt sich also für jedes Geschlecht eine solche relativ große, aus je zwei freundlichen und bequem eingerichteten Sälen bestehende Wachabteilung (vereinigte Infirmierie und division a. surveillance continue), der noch für einzelne bettlägerige Kranke, die besondere Ruhe bedürfen, mehrere Einzelzimmer beizugeben sind. Der eintretende Kranke soll nicht lange Hallen und Korridore zu durchschreiten haben, sondern unmittelbar vom Aufnahmezimmer, fast von der Haustüre aus tritt er in die genannte Beobachtungsstation, mit der ein Bade- und ein Toilettezimmer, ein einfaches, leeres Isolierzimmer und eine Matratzenzelle verbunden sind, die also eine ganz eigens organisierte Abteilung bildet, in großen derartigen Häusern einen eigenen Pavillon einnehmen kann. Brauche ich zu sagen, dass ich die Zellenabteilungen der heutigen Irrenanstalten mit ihren Doppelkorridoren (!), ihren trüben Räumen und - ihrem eigentlichen Parfum gänzlich verwerfe? Die Psychiatrie der "Tobabteilungen" ist so wenig die meinige wie die der Zwangsjacken. Für die nötigen kurzen Isolierungen, zuweilen auch für den Aufenthalt einer ganzen Nacht dienen die zwei genannten Räume.

Diese kurz beschriebene, wichtigste Abteilung des Hauses muss die besten und zuverlässigsten Wärter haben und kann gar nicht genug ärztliche Besuche bekommen. Die übrigen Abteilungen des Hauses sind leichter zu organisieren; sie sind nur die nicht bettlägerigen, nicht aufgeregten, ruhigeren und schon mehr in die Verhältnisse des Hauses eingelebten, nur die relativ zahlreichen, zwischen akuten und chronischen Zuständen so oft längere Zeit schwankenden Kranken bestimmt; sie können in 3 Sälen mit jedes mal eigenem Zuhörer, wo möglich auch eigener Veranda, aber nicht eigener Gartenabteilung bestehen, mehr peripher liegen, je nach den Umständen kleine Flügel, selbst eigene Pavillons einnehmen ist ein wesentliches Erfordernis, das sie von gewöhnlichen Hospitälern unterscheidet, besteht in mehreren freundlich dekorieren, hellen Tagesräumen und Speisezimmern und in einer relativ großen Zahl von Einzel-Schlafzimmern, die besonders nur die oben näher bezeichnete Klasse gebildeter Kranken ein dringendes Bedürfnis sind. Geräumige, freundliche Bäder, zu allen möglichen Modifikationen der Wissensanwendung eingerichtet, bilden einen allein noch besonders zu erwähnenden, sehr wichtigen Bestandteil des Hauses.

Nicht das Geringste steht im Wege, dass das Haus mit dieser Bestimmung und mit der hier in großen Umrissen gezeichneten Einrichtung mit einem anderen, schon bestehenden oder erst zu errichtenden Krankenhaus aufs nächste verknüpft werde, worauf ich unten weiter zu sprechen komme. - Die Anstalten selbst können Stadt-Asyle genannt werden, weil sie für den Bedarf und Gebrauch der Stadt und für ein spezielles Bedürfnis derselben errichtet sind; ob sie von städtischen Behörden oder vom Staat gebahnt werden, hängt ganz von lokalen Verhältnissen und von anderweitig dabei zu erreichenden, namentlich klinischen Lehrzwecken ab.

Wo ein ganzes Land nicht größer ist, als eine große Stadt, da sind sie natürlicherweise Landesanstalten und sind dann an die Kapitale oder an die Universität eines solchen Landes zu verlegen. Ob an der Benutzung des Stadt-Asyls einer größeren Stadt auch umgebende Landgemeinden Anteil nehmen sollen, darüber lässt sich nichts Allgemeines oder Prinzipielles sagen.

An die Errichtung dieser Art von Anstalten knüpft sich nun ein anderes großes Bedürfnis und ein neues, mächtiges Interesse, das des psychiatrischen Unterrichts. - Es geht nicht mehr anders. Diejenigen, welche die Familien bei den Erkrankungen ihrer Angehörigen richtig beraten und welche die Gerichte in den Fragen der zweifelhaften Gemütszustände wirklich aufklären sollen, müssen dies endlich irgendwo erlernen. Vor 22 Jahren habe ich (in der Vorrede zur ersten Ausgabe meines Lehrbuchs) den regelmäßigen psychiatrischen klinischen Unterricht auf den Universitäten verlangt; es ist seither Manches geschehen, aber wir stehen doch eigentlich noch am Anfang der Sache. In Zürich habe ich die beiden letzten Sommer meines Dort Seins psychiatrische Klinik gehalten mit einem kleinen Material der alten Irrenanstalt, aber vor zahlreichen und eifrigen Schülern und mit so unverkennbarem Nutzen, dass ich auf die Errichtung dieser kleinen Klinik noch heute mit der größten Freude zurückblicke. Würzburg, München und Erlangen waren schon mit solchen Kliniken vorangegangen; Berlin hat seit 2,5 Jahren eine Klinik, mit einer Einrichtung,⁴ die ein vollkommen neues Element, das gleichzeitige klinische Spezialstudium der Nervenkrankheiten, in den Unterricht eingeführt, damit der Wissenschaft eine neue Bahn geöffnet und ein für alle Zeiten nachahmenswertes Beispiel, auf dessen Bedeutung ich noch manchmal in diesen Blättern zurückkommen werde, gegeben hat; Göttingen hat, gleichfalls seit zwei Jahren, eine vortrefflich geleitete psychiatrische Klinik. Aber auf allen übrigen deutschen Universitäten ist bis jetzt für die Sache nichts geschehen, wenigstens nichts, als unfruchtbare, oft ohne das geringste Resultat abgebrochene Verhandlungen, und es ist hohe Zeit, die Sache aus dem Stadium endloser Vorberatungen heraus ins praktische Leben einzuführen.

An vielen Orten ging es hier gerade wie bei der familialen Verpflegung, dem on-Constraint und so manchem andern psychiatrischen Fortschritt. Die obersten Staatsbehörden wollten den psychiatrischen Unterricht, aber wenn es an die technische Ausführung ging, so kamen erbetene oder unerbetene Gutachten von Männern, die von allen möglichen guten Gesinnungen beseelt sein mögen, aber in der Frage nicht die geringste praktische Kenntnis und Erfahrung haben. Man sollte meinen, über psychiatrische Kliniken werde das Urteil derer nicht besonders schwer wiegen, welche in ihrem Leben nie eine Stunde psychiatrischer Klinik gehalten, vielleicht nicht eine Stunde lang einer solchen beigeohnt haben, und dennoch vermochten bis jetzt die von der Erfahrung längst und hundertfach widerlegten, aber dennoch frischweg immer und immer ad nauseam ins Feld geführten Wenn und Aber, die Redensarten von den ungeheuren Schwierigkeiten der psychiatrischen Klinik, die erregte Furcht vor enormen Kosten großartiger klinischer Irrenanstalten, die aus der Luft gegriffene Behauptung, die klinische Demonstration schade den Kranken, alles dies, verbunden mit der allen menschlichen Dingen anklebenden vis inertiae, - sie vermochten es dennoch, die gute und für bedeutende Staats zwecke so unendlich wichtige Sache an vielen Orten zu verzögern und selbst zu hintertreiben.

⁴ Hinten in diesem Hefte werden nähere Nachrichten über die Berliner psychiatrische Klinik gegeben.

Ich darf mir ein praktisches Urteil in der Sache erlauben und ich versichere hiermit auf das bestimmteste, dass die Ausführung der psychiatrischen Kliniken eine relativ ganz leichte Aufgabe ist, wenn man nur wirklich Sachverständige an dieselbe herantreten und sich nicht durch nichtssagende Einreden verwirren lässt und wenn man Mittel dazu bewilligt, die vielleicht nur die Hälfte dessen zu betragen brauchen, was z. B. die geburtshilflich gynäkologischen Anstalten (sollten diese eine so viel wichtigere Spezialität als die Psychiatrie sein?) kosten; dass der Nutzen der psychiatrischen Kliniken ein solcher ist, dass die aufgewendeten Kosten zu ihm in gar keinem Verhältnisse stehen; dass sich an jeder Universität eine gute Zuhörerzahl für eine gut geleitete psychiatrische Klinik findet, auch wenn nicht der geringste Zwang zu derselben besteht, dass aber die Wichtigkeit der Sache anfangs eine Verpflichtung der inländischen Studierenden zum Besuche der psychiatrischen Klinik vollständig rechtfertigen würde; dass von einem Schaden für die Kranken, von dem bis in die neueste Zeit noch gefabelt wird, bei einer irgend vernünftigen und sachkundigen Führung der Sache gar keine Rede ist. Unter mehreren hundert Geisteskranken, die ich klinisch demonstriert habe, ist noch nicht bei einem einzigen auch nur der geringste Nachteil daraus entstanden; umgekehrt, man bemerkt sehr oft, dass der Eindruck der Demonstration auf den Kranken ein überraschend günstiger ist. Kranke, welche in der Regel wenig Selbstbeherrschung zeigen, nehmen sich in der Klinik sichtlich in ansprechender Weise zusammen, unruhige Kranke zeigen sich nicht selten ruhiger, Kranke, welche sonst mit irrsinnigen Stimmungen und Vorstellungen Komödie spielen, unterlassen dies, Kranke, welche sprachlos versunken gewesen, äußern sich zuweilen in merkwürdig netter, interessanter Weise; von den Kranken, die überhaupt orientiert sind, kennen die meisten den Unterrichtszweck der Demonstrationen, sind keineswegs unzufrieden darüber, und manche suchen ihn ihrerseits positiv zu unterstützen, nur Laien brauche ich zu bemerken, dass dies alles ebenso gut für das weibliche, wie für das männliche Geschlecht gilt.

Also an der Nützlichkeit, an der Notwendigkeit, an der leichten Ausführbarkeit kann nicht der geringste Zweifel mehr bestehen und das reiche Beobachtungsmaterial, das heutzutage die öffentlichen Irrenanstalten bieten, das Jahr um Jahr fruchtlos für den Unterricht dahinschwindet, sollte endlich für diesen wichtigen Zweck aufgeschlossen und fruchtbar gemacht werden.

Über das Wie? der Ausführung, besonders über das Verhältnis der psychiatrischen Kliniken zu den sonstigen Irrenanstalten, mussten allerdings erst Erfahrungen gemacht werden, ehe man aus Unsicherheiten und Zweifeln heraus kommen konnte. Der Einzelne, der diese Erfahrungen machen kann, muss lernen, einer neuen Aufgabe gegenüber für diese das Richtige unbefangen, unbekümmert um herrschende Meinungen, selbst wo es erfordert wird, mit Verzicht auf bisher selbst gehegte Ansichten zu finden. So ging es auch mir vor dieser Frage. Ich brauchte längere Zeit, bis ich mir über die Mittel, den Zweck des psychiatrischen Unterrichts am sachgemähesten zu erreichen, vollkommen klar war und bis meine von den gegenwärtigen Irrenanstalten und den das Irrenverpflegungswesen beherrschenden Anschauungen hergenommenen Begriffe vor einer weiteren Erfahrung allmählich andern Ansichten Platz machten. Ich kann also, da nur sehr wenige Männer in Deutschland in der Lage gewesen

sein können, einen ähnlichen Weg zu einem selbständigen Standpunkte zu gehen, nicht auf sofortige allgemeine Zustimmung zu meinen Ansichten, aber ich darf wohl auf eine ruhige Prüfung derselben rechnen. Eine ganz kurze Zeit wird genügen, ihnen durch die Erfahrung die volle Geltung zu verschaffen und entgegen gesetzte Maßnahmen als unpraktisch erkennen zu lassen. Ich beschränke mich auf die Formulierung weniger Sätze:

1) Die psychiatrische Klinik als allgemeiner Unterrichtsgegenstand wird nie, auch nicht durch obligatorische Maßregeln freudig gedeihen, wenn ihr Besuch dem Zuhörer durch äußere Umstände erschwert wird; es muss vielmehr die größte äußere Erleichterung für den Besucher angestrebt, es muss ihm Zeitverlust vor allem erspart, es muss ihm alles so zugänglich als möglich gemacht werden. Es sind also alle Einrichtungen unzweckmäßig, wo erst in Entfernung von der Stadt, oder (in einer großen Stadt) in bedeutender Entfernung von dem Sitze der übrigen Kliniken der Ort der psychiatrischen Klinik aufgesucht werden muss. Es ist vielmehr die größte Nähe bei den übrigen Kliniken ein höchst wesentlicher Punkt. Eine Entfernung von einer Viertelstunde von den übrigen Kliniken ist bereits ein Hindernis, welches alles beeinträchtigen kann. Die bei weitem beste Einrichtung ist die, wo dicht und unmittelbar an den übrigen Kliniken auch die psychiatrische Klinik liegt.

2) Die psychiatrische Klinik muss ein reichhaltiges Material akuter Fälle besitzen. Der künftige Praktiker muss vor allem mit der richtigen Auffassung, Diagnose und Behandlung dieser, wenn sie sich ihm in den Familien bieten, vertraut werden; nur an den akuten Fällen ist ein wirklicher Verlauf, ist das Lebendige des vor- und rück schreitenden Prozesses, der Anfang, die Reconvaleszenz, ein interessanter Komplex zu der Hirnerkrankung gehöriger anderweitiger Symptome, der Erfolg oder Nichterfolg der Therapie zu sehen.

3) Es liegt in der Natur der Sache, dass bei vielen akuten Fällen ein rascher Wechsel der Kranken stattfindet. Deshalb kann ein gutes klinisches Asyl klein sein; es braucht die Zahl von 100, 120 nicht zu überschreiten, es kann bei sehr reichlichen akuten Kranken und bei guter Fürsorge für die baldige Wegschaffung nicht mehr geeigneter Fälle selbst nur 60-80 Betten enthalten. Ich demonstrierte bei einer durchschnittlichen Geisteskrankenzahl von 120, und bei einer Jahresaufnahme, die z. B. im Jahre 1865 430 sogen. Geisteskranke und 86 Epileptiker betrug, im Semester 80-100 Fälle, wobei die wichtigsten Krankheiten, wie die Paralyse, in sehr zahlreichen Symptomen - Varietäten gezeigt werden und meistens nach die selteneren Formen in mancherlei Modifikationen repräsentiert sind. Dies genügt, verbunden mit einem zusammenhängenden Kursus der Psychiatrie, vollständig, um den Schüler in jenes erste Verständnis der Sache einzuführen, wie es überhaupt der Universitäts- Unterricht für alle praktischen Disziplinen geben kann.

4) Es ist auch im Geringsten nicht zu fürchten, dass bei dieser Einrichtung die chronischen und "unheilbaren" Zustände, die zahllosen Residuen abgelaufener Prozesse dem Schüler nicht in genügender Menge und prägnant genug demonstriert werden können. Es ist (bei jeder Art von Einrichtung) nach der Erfahrung aller Anstalten unvermeidlich, dass sich in einem jeden Asyl stets eine ziemliche, für den Unterricht ganz genügende Anzahl dieser Fälle findet; es ist das Gegenteil, dass diese

Residuen die Beuten Fälle an Zahl weit übertreffen, allein zu fürchten und aufs eifrigste für die Möglichkeit ihres steten Abflusses, sobald sie dem Unterrichtszweck gedient haben, wie bei jeder andern Klinik Sorge zu tragen.

5) Wie schon die bisher aufgezählten, so stimmen auch alle übrigen Erfordernisse des klinischen Asyls mit denen des Stadt-Asyls vollständig überein (p. 13 ff.). Es kann auf dem Areal der klinischen Krankenhäuser selbst oder in deren nächster Nähe platziert werden, es kann selbst ein Bestandteil - aber ein aparter - eines solchen Krankenhauses sein; von den allgemeinen Normen der Verwaltung und der Hausordnung ist es leicht, diejenigen, gar nicht bedeutenden Ausnahmen zu machen, die die spezielle Bestimmung dieser Abteilung erfordert. Man versehe das Stadt-Asyl in einer Universitätsstadt mit allen denjenigen Hilfsmitteln, welche es zu einem wahren wissenschaftlichen Observatorium zu machen im Stande sind, man gebe ihm noch einen Hörsaal- so ist aus dem Stadt-Asyl, wie wir es oben schilderten, das klinische Asyl geworden.

Auf diesem und nur auf diesem Wege wird in wirklich genügender Weise für den klinischen Unterricht der Psychiatrie gesorgt.

Wäre es allerdings durch die lokal bestehenden Umstände für eine Universität ganz unmöglich geworden, ein kleines Asyl überwiegend akuter Fälle zu gewinnen, wäre es zugleich aber möglich oder aus dringenden Gründen geboten, in nächster Nähe derselben eine größere Pflegeanstalt zu verlegen, so wäre freilich das Material einer solchen für den Unterricht lange nicht so brauchbar, aber es wäre immer noch viel besser als nichts. Als ein solches Pis-aller allein kann sich der Gedanke rechtfertigen lassen, große Pflegeanstalten zum Unterrichte zu verwenden; es wird ihm aber stets der weitere Umstand entgegenstehen, dass gute Pflegeanstalten den ländlichen Charakter haben sollen, deshalb in Entfernung von Städten zu verlegen sind, also den sub 1 aufgeführten Haupterfordernissen nicht entsprechen werden.

Immerhin ist aber ein solcher unvollkommener Modus besser als gar keiner; er gibt wenigstens dem Lehrer der Psychiatrie Gelegenheit, sein Fach zu treiben. Wo also in einem Lande, das eine Universität hat, überhaupt nur eine einzige Anstalt Bedürfnis ist, werde diese immer in nächste Nähe der Universität verlegt und unglückseligen Ratschlägen, sie im Gegenteil in ländliche Einsamkeit zu setzen, kein Gehör gegeben; in der Nähe unserer kleinen Universitäten sind in der Regel alle Zustände und Verhältnisse schon ländlich genug.

Wenn nun die klinischen Asyle und selbst die Stadt-Asyle sehr wohl Bestandteile größerer Krankenhäuser sein können, so ist hiermit der Satz, der in der heutigen deutschen Psychiatrie viele Geltung hat, dass für Geisteskranke immer nur ganz eigene und eigentliche Anstalten zweckmäßig und erforderlich seien, bereits beleuchtet. Dieser Satz ging vornehmlich aus der zunftmäßigen Abschließung der Psychiatrie und aus einer allzu großen Verallgemeinerung dessen, was nur für einen Teil der Kranken gilt, hervor. Hat man einmal die Einheit der sogen. Geisteskrankheiten mit den übrigen Hirn- und Nervenkrankheiten erkannt, sieht man alle Tage, wie es ja bei einer Menge von Kranken vollkommen willkürlich ist, ob man sie "geisteskrank" oder sonst "nervenkrank" nennen, ob man sie auf die "Irren Abteilung" oder auf die "Nervenkranken-Abteilung" eines Hospitals verlegen will, so weiß man sogleich, wie

man über diese Frage zu denken hat. Doch seien gelegentlich noch wenige Worte über die weitere Frage gestattet, ob nicht auch Geisteskranken in gewöhnlichen Hospitälern nicht bloß transitorisch und etwa noch in dringenden Notfällen, sondern dauernd verpflegt werden können?

Diese Frage ist für eine gewisse Klasse sogen. Geisteskranken und für eine gewisse Klasse von Hospitälern aufs Bestimmteste zu bejahen. Chronische, ganz ruhige, mit den Krankheitsresiduen des einfachen Schwachsinn und namentlich wirklichen Blödsinns behaftete, einfache Geistes - Invaliden, an Lähmungen, Krämpfen u. dergl. Leidende und zugleich mehr oder weniger Verwirrte und Denkfähige, die große Masse stumpler Epileptiker etc. können natürlich mit anderen körperlich Invaliden sehr wohl in großen Pflegehäusern beisammen sein. Ob diese geistig Siechen und Verkrüppelten, diese sozialen und intellektuellen Nullen mit den bloß körperlich Siechen an einem Orte vereinigt werden sollen, oder ob mau für jene besondere Orte braucht, das könnte nur etwa auf ihre Zahl ankommen, etwas Prinzipielles und innerlich Wichtiges liegt gar nicht darin; die Bedürfnisse beider Klassen sind dieselben. Freilich dürfen die Geisteskranken und Schwachsinnigen in solchen großen Hospitälern nicht, wie man es heutzutage noch oft sieht, in die hintersten Winkel der Gebäude verwiesen, in feuchte traurige Höfe zusammengesperrt werden, an deren Wänden die Katzen herumschleichen, wo kein Baum und keine Blume den Blick erfreut, wo kaum der blaue Himmel zwischen finstern Dächern zu sehen ist; sondern aufs einfachste, aber ebenso gut gehalten und verpflegt wie alle übrigen Bewohner dieser Hospitäler, mit Licht und Luft reichlich versehen, unter steter guter ärztlicher Fürsorge, sollen nach dem humanen Sinne unserer Zeit auch diese Unglücklichen den von der Natur ihnen bestimmten Kreis des Lebens vollenden. Religiöse Genossenschaften können sich bei der Pflege dieser Klasse von Kranken mit dem größten Vorteil beteiligen. Vor Allem aber - die Wissenschaft hat sich ihrer noch anzunehmen und das unschätzbare Material der Forschung und des Unterrichts, das sie bieten, nicht verloren gehen zu lassen. Aber auf diese Klasse von Individuen muss der dauernde Aufenthalt Geisteskranken in allgemeinen Hospitälern beschränkt werden. Unglücklich sind in ihnen solche Kranke, welche noch körperlich rüstig und kräftig, verrückt oder mit nur geringem Grade von Schwachsinn behaftet, der Arbeit, besonders der Arbeit im Freien bedürfen. Diese Armen sitzen hier oft Jahre lang völlig müßig, hinter vergitterten Fenstern in Zellen, ihre unbenutzte Körperkraft übt sich im Schreien und Zerstören! Sie selbst sind in der Hölle, und sie stören die Ordnung und Harmonie jedes solchen Hauses aufs gründlichste.

Also - ein großer Teil der sogen. Geisteskranken, sowohl die akuten als viele schwere chronische, veraltete Fälle können und sollen daher auch auf Abteilungen gewöhnlicher Hospitäler oder doch in Anstalten, die den Charakter und die Einrichtung der modernen "Irrenanstalten" nicht zu haben brauchen, aufs beste verpflegt werden. Werden dadurch vielleicht die modernen Irrenanstalten überhaupt entbehrlich? - Nein, so stehen die Dinge nicht. Es gibt eine große Menge von chronisch⁵

⁵ Chronisch ist noch nicht notwendig gänzlich unheilbar. Das, was man unter "Heilung" versteht, kann manchem dieser Individuen im Laufe der Jahre doch geleistet

Kranken, oder vom medizinischen Standpunkte betrachtet eigentlich mehr mit Krankheitsresten, Residuen, häufig unter einem Wechsel von Besserung und Verschlimmerung Behafteten, sog. Verrückte, leicht Schwachsinnige, an häufig wiederkehrenden periodischen oder an zirkulären Störungen, an moral insanity etc. leidende, körperlich mehr oder weniger rüstige Menschen, für welche eigene, ihren Zuständen speziell angepasste Verpflegungsverhältnisse hergestellt werden müssen, und diese Verpflegungsverhältnisse schließen sich am meisten den jetzigen Irrenanstalten an. - Es sind unter diesen Menschen viele, welche nicht zu Hause in ihren eigenen Familien - wenn sie solche überhaupt haben - existieren können, weil von ihren geschwächten Verstandeskräften schon einfache Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens nicht mehr bewältigt werden, weil sie in dem gewöhnlichen Lebenskreise häufig in Aufregung und Verwirrung geraten, zu Hause nicht verstanden und unpassend behandelt werden, wegen ihrer Krankheitsäußerungen Misshandlungen ausgesetzt sind und nur ihre Umgebung mehr oder weniger störend und gefährlich werden. Viele dieser Individuen sind noch fähig, ihr Leben nur Andere zum Teil nützlich zu machen, namentlich ihre körperlichen Kräfte zu geeigneter Produktion zu verwenden, und auch zum Teil noch selbst ihres Lebens sich zu freuen; aber nur unter der Bedingung, dass sie in eigenen, einfachen, ihren Zuständen speziell angepassten Verhältnissen leben. In solchen Verhältnissen sehen wir eine Menge dieser Menschen, die zu Hause nicht nur komplett arbeitsunfähige, sondern außerdem noch völlig unerträgliche Individuen waren, als ruhige, bescheidene, relativ zufriedene Arbeiter viele Jahre lang ein für sie selbst und Andere befriedigendes Dasein führen; ihre dazwischen laufenden Erregungen mannigfaltiger Art legen und beschwichtigen sich leicht bei guter Behandlung, ihre körperliche Gesundheit erhält sich, geistige Bedürfnisse sind ihnen nicht ganz fremd geworden, in ihren Manieren, ihrer Sprech- und Handlungsweise halten sie noch leidlich die Formen des gesunden Lebens ein, kurz es ist ihnen - aber eben nur in speziell eingerichteten Verhältnissen - ein humanes Leben noch mehr oder weniger möglich und wer für sie sorgen will, der muss ihnen eben dieses humane Leben, jedem so viel als möglich, verschaffen, wenn er die Humanität nicht bloß im Munde führen will.

Der Mensch, auch der sogen. Geisteskranke, ist keine lebendige Maschine, deren Funktion mit Befriedigung von Essen und Trinken und kahler mechanischer Arbeit abgetan wäre; er hat Sinne, er hat Interessen, er hat ein Herz. Wohl ist bei vielen psychisch- Gestörten der Geist in Nacht versunken, das Gemüt erloschen, der Wille gebrochen, aber bei anderen sind diese Regungen noch vorhanden, wenn auch oft nur als unter der Asche glimmende Funken. Es sind kostbare Funken! Die Seelenkräfte der menschlichen Natur, die gesunden Gemütsregungen müssen an diesen Kranken gehegt und gepflegt werden, müssen zur Geltung kommen und sich bestätigen können. Je mehr, je' besser dies irgendeine Verpflegungsart diesen Kranken leistet, um so besser, je weniger sie es leistet, um so schlechter ist sie. Ich weiß nun wohl, dass dies

werden, ja der wohltätige Einfluss eines Hingegen vollkommenen Landlebens ist für einzelne solcher Kranken sehr hoch in dieser Beziehung IQ schätzen.

nicht allein von der Verpflegungsart, sondern ebenso sehr von der Handhabung und Führung der Verpflegungsart im "Einzelnen abhängt; in an sich schlechter Verpflegungsmodus kann durch den Geist der Menschenliebe, der Vernunft und Milde, der von der leitenden Persönlichkeit ausgeht, besonders wenn sich diese Eigenschaften noch mit wissenschaftlichem Sinne, mit dem rechten Treue nach Erforschung der Wahrheit verbinden, seine Bestimmung noch schön erfüllen, wäre und der in den humansten Intentionen gedachte Modus bei entgegen gesetzter Oberleitung den Pflinglingen das Elend schafft. Aber auch diese Korrektur schlechter Verhältnisse durch gute Persönlichkeiten hat ihre Grenzen, die Personen wechseln und wir müssen bei allen Einrichtungen das Beste unabhängig von dem Wechsel der Individualitäten herzustellen Buchen.

Für die Geisteskranken, um die es sich hier handelt, hat man sich auf einen langen Aufenthalt, auf eine Reihe von Jahren, oft auf ein halbes Leben einzurichten. Für diese ganze Zeit soll ihnen das gewährt werden, was ich eben aussprach, möglicher Nutzen ihres Daseins für Andere lind für die bürgerliche Gesellschaft, sie für sie sorgt, Wahrung ihrer körperlichen Gesundheit, Erhaltung jeder guten Regung des Gemüths und Geistes, bescheidener Lebensgenuss, unter allen Umständen möglicher Schutz vor weiteren Versinken.

Diese großen Aufgaben hat die neuere Psychiatrie auf dem Wege der Kasernierung - dies Wort ohne die geringste üble Nebenbedeutung gebraucht - zu erreichen gesucht. In großen Palast- oder Kloster - artigen Gebäuden, die vom Publikum gewöhnlich sehr bewundert werden (während es heutzutage jedem tüchtigen Baumeister kinderleicht ist, ein solches nach den vortrefflichen Mustern von England und Holland herzustellen), finden sich mehr oder weniger Hunderte, in England bereits hier sind da weit über Tausend dieser Kranken beisammen. Mit größter, überlegter Sorgfalt, ja mit Raffinement wird für die Einrichtung dieser Anstalten, für Luft, Licht, Verpflegung, Beschäftigung und Zerstreuung der Kranken gesorgt, der Dienst in ihnen ist im Allgemeinen gut reguliert und ein reges Streben der Irrenärzte geht auf weiter noch anzubringende Verbesserungen in den Details der Einrichtungen. Die törichte Ausschreitungen des Luxus an einzelnen Orten, aber auch der traurige Kontrast, der sich da und dort zwischen prachtvollen Ballen und Strohsäcken zum darauf schlafen, zwischen großen Parks und dürftigem Essen u. dergl. finden mag, fallen nimmermehr dem Systeme selbst zur Last; mit Stolz wird auf diese Häuser, als auf schöne Monumente der Humanität des Jahrhunderts. hingewiesen.

Anders erscheint die Sache schon vom ökonomischen Standpunkt. Im Gebiete der öffentlichen Wohltätigkeit ist das, was der Eine zuviel hat, einem Andern, auch Dürftigen entzogen; so viele als möglich, so gut als möglich, so billig als möglich zu verpflegen, ist hier die Aufgabe. Ob diese auf dem heutigen Wege erfüllt wird, lässt sich. mit Recht bezweifeln. :Man rechnet bei den Neubauten, wie solche von der heutigen Psychiatrie fast allgemein verlangt werden, circa 1000 Thlr. auf die Herstellung eines Platzes für einen Kranken. Diese Summe wird öfters noch überschritten. Eine neue deutsche Anstalt, für 400 Kranke bestimmt, hat mit der Einrichtung 600,000 Thlr. gekostet. Das Ausland bleibt nicht zurück. Die drei neuen Pariser Anstalten, St. Anne, Ville-Evrard und Vaneuse werden für 1800 Kranke zusammen 22 Millio-

nen Franken (circa 2800 Thlr. pr. Kopf) kosten, und diese Beispiele ließen sich vervielfältigen. Glücklicherweise ist dies nicht der allgemeine Maßstab; aber man bedenke, dass in den letzten 20 Jahren ungefähr 4000 Plätze in deutschen Irrenanstalten hergestellt werden mussten und dass in ganz Europa wahrscheinlich gegen 300 000 Irre in Anstalten sind, für welche doch am Ende überall gute Anstalten gefordert werden, dass zu den Herstellungskosten die Unterhaltungskosten der Anstalten und die Verpflegungsgelder der dürftigen Kranken kommen; und man wird zugeben, dass dies Ausgaben sind, die außer Verhältnis zu dem stehen, was auf anderen Gebieten der öffentlichen Wohltätigkeit geleistet wird.

Würde ich das Geld für in allen Beziehungen wohl angewendet halten, so müsste ich die Ausgaben billigen; meine Meinung ist aber die, dass für viele der Menschen, die diesem kostspieligen Verpflegungsmodus unterstellt sind, derselbe nicht notwendig und dass er für viele nicht einmal zuträglich ist. Wer möchte nicht die vortrefflichen Absichten der Männer, die diese Einrichtungen hergestellt und den Gedanken derselben bisher vertreten haben, anerkennen! Ich selbst kannte ja bis vor wenigen Jahren auch nichts Anderes und Besseres und ich glaube, dass die vollständige Aus- und Durchführung des Gedankens eine notwendige Durchgangsstufe zu werden Gestaltungen sein musste: Aber ich glaube auch, dass dieser Gedanke der ausschließlich kasernenartigen Massenverpflegung chronischer, noch eines humanen Lebens fähiger Geisteskranker jetzt sich ausgelebt und keine weitere Zukunft mehr hat, und dass für einen erheblichen Theil der Kranken, die bisher in diesem Verpflegungsmodus leben, Besseres an seine Stelle treten kann.

Es ist ein Unglück, wie im Irrenwesen die Guten unter den Schlimmen leiden müssen. Weil einer gewissen Anzahl der Chronisch Kranken, von denen wir jetzt sprechen, ein Leben, welches dem der Gesunden gleicht und sich ihm ausschließt, nicht mehr möglich ist, entzieht man solches einer beträchtlichen Menge solcher, denen es noch sehr wohl möglich wäre und der Gedanke, dass jede Kategorie nach ihrer Art zu halten sei, wird an vielen Orten noch gar nicht begriffen. Man stellt nach jenen Schlimmen Satzungen auf, die für "die Irren" überhaupt gelten sollen und trifft Einrichtungen, die diesen Satzungen entsprechen. Weil eine gewisse Anzahl Geisteskranker ihrer Umgebung gefährlich werden kann, behandelt man eine große Menge derselben wie wenn sie gefährlich wären; weil eine gewisse Anzahl keiner Freiheit sich mehr erfreuen kann, macht man die Freiheits-Entziehung zur allgemeinen Regel. Ich meine nicht, dass geisteskranken Personen jemals dieselbe Freiheit wie Gesunden gegeben werden soll, aber ich meine, dass ihnen diejenige Freiheit zu gewähren sei, welche mit der Sicherheit und dem Wohlbefinden der bürgerlichen Gesellschaft und mit dem eigenen Zustande des Kranken verträglich ist, ich meine daher, dass sehr vielen unter ihnen viel mehr von einer weise geregelten Freiheit gegeben werden kann, also auch gegeben werden muss, als man gegenwärtig in Deutschland allgemein anzunehmen geneigt ist und als sie derzeit haben. Der Grund dieses Muss liegt nicht nur darin, dass es überhaupt ein Unrecht ist, die Freiheit eines kranken Menschen mehr zu beschränken, als dies stricte notwendig ist, sondern wesentlich darin, dass die gesunden Gemütskräfte, deren Erhaltung und Bestätigung zu einem wahrhaft humanen Leben eine Hauptaufgabe bei diesen chronischen Fällen ist, in vieljähriger kasernen-

artiger Disziplin, in einer mechanisierten Lebensweise und einem steten Zusammensein des Kranken mit lauter andern Kranken verkümmern und untergehen, wie wir dies an Hunderten von Kranken der Pflégeanstalten sehen, weil diese Kräfte eben nur bei einem gewissen Masse von Freiheit gedeihen können. Unserem hochgeehrten Kollegen Roller *) verdanken wir den Satz, den ich a. 1861 auf die letzte Seite meines Buches aufgenommen habe, dass viele Irre viel mehr Freiheit ertragen können, als man gewöhnlich annimmt. Seither habe ich die Wahrheit dieses Satzes an mehr als einem Orte durch eigene Anschauung kennen gelernt und freue mich erst recht der Überereinstimmung. Können sie sie aber „ertragen“, so müssen sie sie auch haben.

Doch lange nicht alle. einer Anzahl dieser Menschen können wir eine Beschränkung auf einen bestimmten Raum, ein stetes Leben unter lauter Leidensgenossen nicht ersparen und wir müssen anerkennen, dass in steter, naher Beaufsichtigung und streng mechanisierter Lebensweise noch eine große Wohltat für sie liegt. Es sind dies alle gefährlichen, alle sehr störenden, chronisch turbulenten, alle sozial überhaupt gar nicht mehr brauchbaren Geisteskranken, welche also alle, sofern sie nicht in Siechenhäuser gehören, der Konfirmierung in eigentliche Irrenanstalten bedürfen. - Welche den sogen. Geisteskranken gefährlich seien, darüber ist schon viel gesprochen worden. Meiner auf Erfahrung gegründeten Überzeugung nach kommt in dieser Beziehung die Hauptsache auf das Medium an, in dem sich der Kranke befindet; ist dieses ein für seinen Zustand geeignet, ist die Behandlung richtig und gut, so ist die ungeheure Mehrzahl der Kranken vollkommen ungefährlich, während bei unzumutbaren Außenverhältnissen, äußeren Reizungen, schlechter Behandlung fast Jeder einmal gefährlich werden kann. So viel ist sicher, dass man noch vor 20 Jahren die Freiheit, die man jetzt einer Menge von Kranken in den agricoli Kolonien mit dem größten Vorteil gibt, für höchst gefährlich gehalten hätte und dass in Gheel bei einer freien Irrenbevölkerung von mehr als 1000 Kranken Jahre vergehen können, ohne dass gefährliche Handlungen von denselben, oder doch nicht in höherem Masse als bei derselben Anzahl von Gesunden vorkommen.⁶ Sicher ist auch, dass einzelne gefährliche Handlungen, wie überhaupt einzelne Unglücksfälle in der Welt sich bei jeder Vorsicht in gar keiner Weise⁷ verhüten lassen, selbst wenn man alle Kranken beständig binden und einsperren wollte; sicher aber auch andererseits, dass es einzelne Kranke gibt, die zeitweise bei jeder Art von Behandlung und in jedem äußeren Medium sehr gefährlich werden können (vor allem einzelne epileptische Halluzinanten und einzelne Menschen mit gewissen, selteneren Formen von moral insanity) und dass da, wo wirklich auch nur berechnete Vermutungen für diese Gefährlichkeit eines Individuums sprechen, die Vorsicht Maßregeln gebietet, wie wenn solche wirklich vorhanden wäre.

⁶ Zeitschrift für Psychiatrie X., p. 420.

⁷ Man wende nicht ein, dass in Gheel vermöge des Art. 27 des Reglements vom 1. Mai 1851 kein gefährlicher Irrer aufgenommen werden darf; dieser Art. ist praktisch nicht ausführbar und wird auch häufig genug notgedrungen übertreten. Und wie können Irre überhaupt so gefährlich sein als Manche glauben. wenn sich über 1000 mit Leichtigkeit zusammenfinden, welche ungefährlich sind.

Zu den Menschen also, welche aus diesen allgemeinen Gründen einer anhaltenden Bewahrung in einer „geschlossenen“ Irrenanstalt bedürfen, sind im Einzelnen zu rechnen: diejenigen, welche früher schon gefährliche Handlungen begangen haben⁸ oder durch Drohungen und durch ihr Verhalten den Gedanken solcher Handlungen wirklich vermuten lassen, Menschen mit häufigem Selbstmordtriebe, mit krankhafter Neigung zu alkoholischen oder erotischen Exzessen oder zu häufigen Diebstählen, Menschen welche an starken Sinnestäuschungen leidend die realen Verhältnisse der sie umgebenden Welt gänzlich verkennen, Menschen, welche jede Freiheit benutzen um Fluchtversuche anzustellen, zu vagabundieren, sich überall unnütz zu machen, durch Angehen der öffentlichen Behörden Störungen und Ärgernis veranlassen, Menschen, welche öfters in Angstzustände, in einen unruhigen, aufgeregten Zustand oder in Zornmütigkeit geraten, namentlich also eine große Zahl von Epileptikern auch besserer Klasse, welche so oft die letztgenannten Zustände zeigen und welche überhaupt bei gleichzeitigen psychischen Anomalien schon mäßigen Grades nicht in der bürgerlichen Gemeinschaft erträglich sind. Die „geschlossene“ Anstalt hat aber noch weiter solche chronisch Kranke vorübergehend oder lange zu beherbergen, welche wegen irgendwelcher körperlichen Leiden eine längere medizinische Behandlung, z. B. mit Bädern und dergl. bedürfen, oder welche als bettlägerig eine besondere Pflege erfordern, ohne doch dem Siechen - oder Versorgungshause anheim fallen zu können. Man siebt, dass es nicht an Kranken fehlt, für die der Aufenthalt in einer "geschlossenen" Irrenanstalt als wohlthätig und als durchaus notwendig erkannt wird, dass von der "Zerstörung" (!) der Irrenanstalten bei vernünftigen Menschen keine Rede ist, dass vielmehr solche geschlossene Asyle da, wo sie noch nicht bestehen, als die dringendsten Erfordernisse sofort verlangt werden müssen.

Aber es gibt eine andere Art chronisch Geisteskranker, welche jenes oben erwähnten größeren Maßes von Freiheit fähig sind und es deshalb auch zugeteilt bekommen müssen, jene Besseren, die nicht unter den Schlimmsten leiden sollen. In jeder Irrenanstalt – man gebe sie mit unbefangenen, psychiatrischen Blicken durch – finden wir eine Anzahl von Individuen, welche nie nach Hause in die alten Verhältnisse, wo ohnedies oft die Krankheit die wertvollsten Lebensinteressen zerstört hat, zurückkehren, welche überhaupt das Leben in der vollen Welt der Gesunden nie mehr durchführen und ertragen können, aber deshalb doch nicht einer lebenslänglichen Reclusion bedürfen. Sie sind in der Irrenanstalt, wiewohl eigentlich alle Welt, am besten vielleicht der Direktor derselben fühlt, dass sie eigentlich einer sole ben Anstalt nicht bedürfen, dass sie zu gut sind, um unter Schwachsinnigen, gänzlich Verrückten, Hallucinanten und Epileptikern zu leben; sie sind eine lange Reihe von Jahren da, lediglich - weil man sonst nirgends mit ihnen hin weiß. Sie sind harmlos, ruhig, arbeitsfähig, bis zu einem gewissen Grade verständig, in einfachen, eingewohnten

⁸ Auch dies cum grano salis. Ich glaube nicht, dass ein Mann, der im 20. Lebensjahre in einem epileptischen Traumanfalle einen andern ums Leben brachte, deshalb sein ganzes künftiges Leben, vielleicht 50 Jahre lang, im Irrenhause zubringen soll. Die bürgerliche Gesellschaft würde hier eine übertriebene Vorsicht sehr teuer bezahlen.

Verhältnissen brauchbar, still und friedlich (hier und da wohl auch einmal laut, aber gänzlich inoffensiv); langsam sterben in der Monotonie und Uniformität der Anstalt ihre Gemütsregungen ab und mehr und mehr werden sie zu stumpfen, die Reclusion als Notwendigkeit hinnehmenden Insassen des Irrenhauses. An dieser unglücklichen Klasse von Kranken hat die öffentliche Wohltätigkeit viel gut zu machen. Sie hat auf Mittel zu sinnen, diesen Menschen die ihnen notwendigen Verhältnisse herzustellen. Sie hat sie aus der strengen Klausur heraus in die freieren Verpflegungsformen (welche allgemeine Bezeichnung gleich näher erläutert werden wird) zu bringen, womit nicht nur diesen Menschen selbst das Unglück und die Unbehaglichkeit steter Freiheitsberaubung gehoben wird, sondern auch die "geschlossenen" Asyle von ihrer nicht länger mehr erträglichen Überfüllung (mit Menschen, welche ihrer zum Teil gar nicht bedürfen I) entlastet, damit schwerwiegende ökonomische Gründe verdienstermaßen berücksichtigt werden. Die Schusterwitwe N. N. z. B. ist schwachsinnig geworden, sie erklärt sich für eine Prinzessin, läuft nach dem Palais, schreibt unsinnige Briefe, die Straßenjungen rufen ihr nach - kurz, sie ist im Leben unmöglich geworden. Mit 1000 Thlr. Kosten hat man ihr einen Platz geschaffen in einem Palaste mit hohen, wohl ventilierten Sälen, wo sie „alle Tage Fleisch bekommt, wo alles nach der Uhr geht, und wo sie sich sehr unglücklich fühlt; in einer niedern Stube, auf einem Dorfe, bei einfachen braven Leuten, aber unter Ihresgleichen, hätte sie Alles gefunden was sie brauchte, sie hätte Hausarbeit getan, wie sonst ihr Lebelang, hätte Kinder gehütet, der Nachbarin geholfen etc., kurz ein relativ behagliches Leben in Freiheit und ihr zusagender Arbeit gefunden. Das Gleiche gilt für zahllose andere mäßig Schwachsinnige, Verrückte, periodische Maniaci etc. etc.

Nach meiner Ansicht müssen die "freieren Verpflegungsformen" welcher diese Art Individuen bedarf, immer mit einem geschlossenen Asyle kombiniert sein. Wir bekommen daher für die lange, für die dauernde Unterbringung dieser chronischen Kranken Einrichtungen, welche alle 1) aus einer geschlossenen Anstalt, 2) aus der Herstellung einer oder mehrerer, jener Anstalt annektierten freien Verpflegungsformen bestehen, welche beide Teile zusammen ein Ganzes bilden: die Irrenanstalt für chronische Kranke in ihrer den heutigen Anforderungen entsprechenden Entwicklung. Also nicht zerstört oder herabgesetzt soll die Irrenanstalt werden, sondern weiter entwickelt durch Hinzufügung wesentlicher, ihre eigene Leistung ergänzender und erhöhender, neuer Bestandteile.

Diese Irrenanstalt unterscheidet sich in allen Beziehungen von den Anstalten für akute Zustände, von den klinischen und Stadt - Asylen Sie soll auf dem Lande liegen und einen wesentlich ländlichen Charakter tragen. Alles was einzelne Irrenärzte gegen die Nähe der Anstalten bei großen Städten geltend gemacht, gilt nur für diese Klasse von Anstalten. Dennoch ist eine ländliche Abgeschiedenheit nicht absolut notwendig könnte ausnahmsweise einmal in der Entfernung weniger Stunden von einer großen Stadt ein geeignetes Terrain gewonnen werden, so stände dem nichts im Wege, aber jedenfalls sollen sie ein Landleben bieten. Ich nenne sie deshalb "ländliche Asyle". Ländliche Beschäftigung soll einen Teil ihres eigentlichen Lebens und Wesens ausmachen. Ihr Areal muss also groß sein, 60 bis 120 Morgen Je nach der Zahl der Kranken eine größere Ausdehnung wird nur in seltenen, besonderen Fällen (analog

Clermont) zweckmäßig sein. Auch die Zahl der Kranken muss groß sein, sonst findet sich unter ihnen nicht die nötige Zahl von Arbeitern, die ökonomische Führung ist bei einer großen Zahl vielleicht, die ärztliche findet unter dieser Klasse Ton Kranken, deren viele Jahrelang eigentlich ärztlich gar nichts zu tun geben, keine Schwierigkeit; 400,500, unter besonderen Umständen selbst bis 600 Köpfe können es hier wohl sein. Kranken - Zahlen, die ich bereits für die bloß "geschlossenen" Asyle ganz verwerflich finde, können hier, bei ausgedehntem Bestehen freierer Verpflegungsformen, wohl und nützlich für alle bestehen. Immer sollen beide Geschlechter in einer Anstalt beisammen sein, wie sie in jedem Hause in der Welt beisammen sind; Irrenanstalten sind keine Mönchs- oder Nonnenklöster und die Verteilung der Geschäfte macht sich unter beiden Geschlechtern besser.

Alle Einrichtungen müssen auf ein langes Verweilen der Kranken, auf Jahre und Jahrzehnte, berechnet sein. Eine wohl organisierte, mannigfaltige Arbeit ist eine der Grundlagen für alles Weitere; denn Müßiggang ist für den noch rüstigen Irren gerade wie für den Gesunden das Geisteszerstörendste, was es gibt. Für Feld- und Gartenbau, für Werkstätten, für richtige Verteilung der Geschäfte auf alle Jahreszeiten, auf alle Arten der Bewohner muss also ausgiebig gesorgt sein. Alle müssen arbeiten, Sieche, gar nicht mehr Arbeitsfähige gehören nicht in diese Anstalt, sondern ins Verpflegungshaus; die Arbeit muss dienen, einen gewissen Teil der Kosten aufzubringen; Buch wer erst in der Anstalt in tiefen Blödsinn, in Paralyse, in unheilbare Zustände völliger Arbeitsunfähigkeit versinkt, wird, wo es ohne Inhumanität geschehen kann, sofort dem Versorgungshause übergeben.

Aber ein Arbeitshaus darf deshalb nicht hergestellt und auch der "geschlossene" Teil des Asyls darf niemals ein Gefängnis werden. Die Anstalt muss auch das enthalten, was einen Teil des Lebens denen ersetzen kann, die für das ganze Leben nicht mehr fähig sind, denen das Irrenhaus eine zweite Welt geworden ist. Also ist für die auf eine schöne oder doch angenehme Gegend, auf die unentbehrliche Wohltat eines schattigen Parks, auf die Herstellung allerlei nicht zu kostspieligen Mittel zur Zerstreuung und Erheiterung der Kranken zu sehen. Besonders aber - und das ist nicht genug hervorzuheben - müssen in dem "geschlossenen" Teile der Anstalt alle Einrichtungen einen heiteren, behaglichen, von gutem Geschmack ohne Luxus zeugenden Charakter tragen. Im besten Teile ihres Selbst, in ihren ästhetischen und moralischen Empfindungen werden die Kranken gehoben, wenn ihnen das Leben nicht kahl, nur auf das streng Notwendige reduziert, traurig oder doch in freudenlosem Ernste, sondern freundlich und in einfachem Schmucke erscheint; mit kleinen Ausgaben kann in dieser Hinsicht unendlich -viel für Wohlsein und Annehmlichkeit der Kranken geschehen; in dieser Beziehung ist in Deutschland noch viel von den englischen Anstalten, wo dieser Grundsatz längst offiziell angenommen⁹ ist, zu lernen. - Auch für die sonstigen inneren Einrichtungen des "geschlossenen" Teils können die neuern englischen Anstalten im Allgemeinen, vor allem in ihrem praktischen Komfort, aber nicht in ihrem Luxus, zum Muster genommen werden. „Tobabteilungen“,

⁹ Man vergl. die vortrefflichen Bemerkungen hierüber in Commiss. In Lunacy-Reports f. England XVII. pr. 1862 p. 41.

lange Zellenreihen u. dergl. sind auch hier gänzlich wegzulassen, dagegen wird mit großem Vorteil ein Teil des Hauses aus lauter kleinen Einzel-Wohnzimmern im Parterre bestehen können und viele Einzel-Schlafzimmer sind ein Hauptbedürfnis. Prachtvolle Fassaden, Hallen, Verbindungs-Säulengänge u. dergl. sind für den Zweck dieser Anstalten reine Torheiten. Schon für die Hauptgebäude ist der Kasernenstiel möglichst zu beschränken; bei passendem Terrain wird sich oft eine unregelmäßige Stellung Villa-artiger Gebäude viel mehr empfehlen.

Ein anderer großer Unterschied der ländlichen von den Stadt und den klinischen Asylen wird paradox erscheinen. In die letzteren musste die Aufnahme so sehr als immer möglich erleichtert, in die ersteren muss sie erschwert werden. Alles, was nicht in diesen Organismus passt, muss ohne Konzession anderen Orten zugewiesen werden, besonders dürfen niemals solche, welche nur für die Versorgung im Siechenhause passen, oder welche sehr gut zu Hause gehalten werden, können¹⁰, den ländlichen Asylen zufallen; durch den Zudrang der gerade zu diesen Asylen der Natur der Sache nach am größten ist, wird ohne diese Strenge bald die Überfüllung in Permanenz erklärt, die Anstalt verdorben und ein guter Teil derer, die sie wirklich nötig haben, ausgeschlossen. Für den zweiten Hauptbestandteil des Asyls, für die „freihere Verpflegungsform“, bieten sich viel weniger, als für den geschlossenen Teil, bereits unmittelbar kopierbare Muster dar; eben weil es in dieser Hinsicht noch keine Routine gibt, erscheint ja diese Sache Manchen unausführbar. Sie sprechen dann von Neuerungen, die sich nicht übersehen lassen und von gefährlichen Experimenten, während alle diese Neuerungen schon eingeführt und die Experimente bereits gemacht sind. Nur muss man freilich an Ort und Stelle gehen und die Dinge kennen lernen, wer über solche praktische Einrichtungen nach Sofa-Studien urteilen will, dessen Stimme, und möge sie noch so laut abgegeben werden, ist nicht zu achten.

Zwei Hauptarten freierer Verpflegungsform lassen sich in der Gegenwart ausführen, deren jede wieder mannigfacher Modifikationen fähig ist; sie stehen sich nicht als Entweder - Oder gegenüber, sie laufen, sozusagen parallel, sie lassen sich selbst beide, je nach den Umständen, leicht und vorteilhaft mit einander kombinieren.

1) Die Form der agricolen Kolonie bietet einer gewissen Klasse von Kranken schon ein ganz anderes Leben als der geschlossene Teil der Anstalt; es ist ein viel weiteres Stück Welt, das sich ihm hier auftut und in ihm eine freiere Bewegung und eine regere Betätigung der Arbeitskraft. An der Ferme von Fitz-James (schon 1847 gegründet), an den großen ökonomischen Resultaten, an der Ordnung, der Tätigkeit, dem Wohlbefinden, die dort herrschen, haben wir bis jetzt das schönste Beispiel und Vorbild für diese Verpflegungsform. In der Tat haben sich alle Autoritäten der heutigen Zeit in der Anerkennung dieser Institution vereinigt. Der Gedanke derselben hat sich so weit Bahn gebrochen, dass an vielen Orten die Ausführung vor der Türe ist, wie z. B. die Kommunalbehörden von Lüttich nach vieljähriger Unentschlossenheit über das

¹⁰ Verrückte z. B. oder leicht Schwachsinnige, welche 11 Monate im Jahre sich vollkommen ruhig und lebensfähig zeigen und 1 Monat lang erregt sind; gehören für die letztere Zeit ins klinische oder städtische Asyl, für den Rest nach Hause.

beste zu wählende System den einstimmigen Beschluss, eine große Anstalt im Modus einer agricolen Kolonie (Ferme-Asyle) zu gründen, im vorigen Jahre gefasst haben. – In den Debatten darüber, ob die Ferme unmittelbar mit der geschlossenen Anstalt zu verbinden oder in Entfernung von ihr herzustellen sei, bin ich im Allgemeinen ganz entschieden für das letztere, gebe aber zu, dass lokale Verhältnisse auch einmal für den ersteren Modus entscheiden können. Wichtiger sind folgende Verhältnisse.

Die agricole Kolonie passt – wie bemerkt – nur für große Asyle. Ein guter Betrieb ist nur bei einer etwas großen Ausdehnung des Geschäftes möglich. Die Arbeit des Irren ist nur gleich einem Fünftel der Arbeit des Gesunden, 100 Kranke sind also nur gleich 20 rüstigen Feldarbeitern zu schätzen; wenn für die ganze Anstalt strenge Aufnahmebestimmungen bestehen, die jeden Siechen ausschließen, wird man immer noch nur etwa unter 5 Bewohnern einen finden, der sich "ur Feldarbeit eignet" es wird also, um ungefähr die Arbeitskraft von 20 rüstigen Menschen zu gewinnen, die Gesamtanstalt ungefähr auf 500 Bewohner eingerichtet sein müssen. Es zeigt zwar – entgegen den Einwendungen der Theoretiker – die Erfahrung von Fitz –James aufs schönste, dass auch Menschen, denen ländliche Beschäftigungen früher fremd waren, solche mit großer Liebe ergreifen und mit bestem Erfolge üben; aber die sogenannten Gebildeten, die Menschen, die zwar "schrecklich viel gelesen", aber nie irgendwelchen praktischen Gebrauch ihrer Kräfte gelernt haben, sind so gut wie ganz ausgeschlossen von der Atmosphäre des Wohlseins, der Arbeit, der Gemeinsamkeit und Freiheit, welche die agricole Kolonie ihren Bewohnern gewährt und welche gerade ihnen so wohlthätig wäre. Handelt es sich also, um Errichtung eines ländlichen Asyls für eine Provinz mit einer oder mehreren großen Städten, so ist sehr wohl zu prüfen, ob die vielen Städter ein gutes Element für eine agricole Kolonie sein werden; doch wird bei nur sonst günstigen Umständen ein Anfang im Kleinen auch hier öfters gemacht werden können.

Aber – wie Mundy ganz richtig bemerkt – in der agricolen Kolonie lebt der Irre immer noch nur in Gesellschaft von anderen Irren und von Wärtern, in einem künstlichen und für Viele immer noch allzu sehr Freiheit, und mit ihr Selbstthätigkeit und geistige Erhebung beschränkendem Medium. Die Kolonie ist auch ihrer Natur nach nur für völlig rüstige Irre bestimmt und die Wohltaten die sie er freieren Verpflegungsform können also sehr vielen Kranken, die sonst einer solchen bedürften, nicht zu Teil werden. Es gibt auch überhaupt noch wohlthätigere Einflüsse als die der Kolonien und solche sind

2) in der familiären Verpflegung zu finden, welche für einen gewissen Teil der Irren die eigentlich und einzig richtige ist. Sie gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens. Ruhige, durchaus in offensive Kranke, noch empfänglich für die Eindrücke, um die es sich hier handelt, dem Leben noch nicht gänzlich entfremdet, noch fähig die meisten gesunden Formen der Existenz zu bewahren, im Ganzen mehr weibliche als männliche Kranke, sind die für diesen Modus der freieren Verpflegung vorzüglich geeigneten und am dringendsten des selben bedürftigen Mit solchen ist überall das familiäre System anzufangen; nach und nach

wird es sich schon von selbst auf alle diejenigen ausdehnen, welche nicht unter die p. 30 aufgezählten Kategorien der steten Insassen der geschlossenen Anstalten fallen. – Das familiäre System kann in zweierlei Modifikationen realisiert werden.

A. Entweder es wird in einem dem ländlichen Asyl nächst gelegenen Dorfe oder kleinen Städtchen eine gewisse Zahl von Kranken als Pensionäre zu Landleuten, Handwerkern u. dergl., zu braven, anständigen Familien gegeben, einer, höchstens zwei Kranke in ein Haus. Die ganze Haltung, Pflege und Beschäftigung des Kranken, seine Nahrung, sein Bett etc. werden stets von der Anstalt muss überwacht (aber nicht geliefert), ein Inspektor oder ein Assistenzarzt besucht jeden Tag, nach Umständen jeden zweiten Tag, sämtliche Wohnungen; Anfangs können die Kranken noch zweimal in der Woche selbst auf einen halben Tag in die Anstalt kommen, bis sich Pfleger und Kranke an das völlige Zusammenleben gewöhnt haben. Die Kranken teilen die Beschäftigungen, die Mahlzeiten, kurz ins Leben der Familie; es werden daher möglichst Menschen von gleichen Lebensverhältnissen, Bildungsstufen, Berufsarten zusammen gebracht, der frühere Schneider kommt wo möglich zum Schneider, der Landbauer zum Landbauer etc. Die Verweisung der einzelnen Kranken in diesen Verpflegungsmodus überhaupt, die Zuteilung derselben an die einzelnen Familien ist durchaus Sache der Direktion des Asyls, niemals der Angehörigen des Kranken; die Pension wird mit billiger Berechnung der Arbeit des Kranken mit der Pflegefamilie vereinbart; für die Praxis der Administration brauchen hier weitere Details nicht gegeben werden. – Ist dieser Verpflegungsmodus ausführbar? In Gheel ist er mit über 1000, in Schottland mit mehreren 100 Kranken längst in der vortrefflichsten Weise im Gange, im Devonshire County – Asylum ist von Bucknill ein vollkommen gelungener Versuch im Kleinen gemacht,¹¹ also muss er doch auch an andern Orten ausgeführt werden können. – Aber die Pflege der Kranken? Kann sie jemals ebenso gut sein, als in der geschlossenen Anstalt mit ihren luftigen Schlafsälen, ihren Gärten, ihren Wasserleitungen, ihren drei täglichen Mahlzeiten, zu denen gutes Fleisch unter Anwendung der neuesten und vortrefflichsten Küchen – Einrichtungen gar gemacht wird? – Hierauf gibt es nur eine Antwort: Fragt die Kranken in Familien – Verpflegung, welche früher in guten geschlossenen Asylen waren, ob sie in sie zurückkehren wollen? – Das Wohlsein eines Menschen, das wirkliche Sich-Wohl fühlen hängt eben zu geringerem Teile von jenen Dingen, zu größerem Voll Gemütseindrücken ab; wer nicht in die geschlossene Anstalt passt und wem sie nicht nötig ist, der sieht auf sie als auf ein Gefängnis, nach dessen Fleischtopfen er sich nimmer zurücksehnt, und – er hat Recht.

¹¹ Dort sah ich die Sache zuerst. Mein Leben lang werde ich mich des Abends freuen, wo ich selbst vor diesen kleinen Anfängen, aber vor der Gewalt der Tatsachen meine theoretischen Bedenklichkeiten ablegte. Ja es ist so! Ich nicht nur möglich, sondern wirklich! Ich konnte ich ausrufen, und Jahrelange Irrtümer konnte eine einzige Stunde zerstreuen. – Und wenn die Sache dort selbst wieder aufgegeben, und wenn sie von denen verlängert wurde, die sie gegründet, sie hat gewirkt und wirkt für alle Zeiten.

B. An Orten dagegen, wo für den zweiten Hauptbestandteil des Asyls geeignete Verhältnisse zu familiärer Unterbringung sich noch nicht finden, sollen solche neu geschaffen werden. – Der Gedanke ist hier einfach der, dass ein Teil des Asyls, statt ein Stück des zentralen Gebäudes zu sein, von vorn herein muss diesem hinaus und auseinander gelegt wird. Es wird hier in der Nähe des Zentralgebäudes, 10 Minuten bis ½ Stunde von ihm, eine Anzahl ländlicher Wohnungen erbaut, welche ohne steife Aneinanderreihung und ohne in allen Details nach einem Muster hergerichtet zu sein, nach Maßgabe des Terrains zerstreut liegen; jedes hat wo möglich seinen eigenen, wenn auch kleinen Garten. Zuerst fängt man mit wenigen (6 -10) solcher detachierter ländlicher Gebäude an, welche von Wärterfamilien bewohnt werden; später wenn – was bei richtiger Führung und Prosperität sicher ist – zu diesen ursprünglichen Wärterfamilien noch andere, namentlich Handwerkerfamilien sich heranziehen lassen, werden immer mehr solche kleine Häuser errichtet und es wächst allmählich die Kolonie. Jeder Familie werden zwei, höchstens vier Irre der oft erwähnten Kategorie zur Verpflegung übergeben und gilt hier alles, was für das familiäre Leben nach ersterem Modus galt, täglicher Besuch der Kranken von der Anstalt aus, steter naher Verkehr der Kolonie mit dem Zentralen, geschlossenen Teile des Asyls etc. Jeder neu eintretende Kranke hat zuerst eine Beobachtungszeit im letzteren zuzubringen; sobald in der Kolonie akute Krankheits- oder heftige Erregungszustände vorkommen, werden diese Kranken temporär in das Zentralgebäude versetzt. Die ökonomische Führung, in deren Details hier nicht eingegangen werden kann, beruht im Wesentlichen auf dem Prinzip, dass die Familien, welche die ländlichen Häuser bewohnen (die Pfleger), im Verhältnisse von Wärtern zu dem Asyl stehen, dass ihnen die Arbeit des Kranken überlassen und mit ihnen verrechnet wird¹² und dass nach dem Betrage derselben die Verpflegungsentschädigung variiert; auf diesem Prinzip ist alles weitere aufzubauen. Während bei der ersten Modifikation der familiären Verpflegung, in einem präexistierenden Dorfe, die Herstellung der Gebäude für diesen ganzen Teil des Asyls gar nichts kostet, muss bei der zweiten Bau und Einrichtungen immer noch viel billiger kommen als in den geschlossenen Asylten. In der Herstellung zweckmäßiger und billiger Wohnungen für die untere Volksklasse (Arbeiterwohnungen) hat es die heutige Zeit rasch weit gebracht, viele Ideen sind hier flüssig gemacht, die größten Namen des Jahrhunderts haben sich an den Bemühungen dafür beteiligt und ein schneller weiterer Fortschritt ist hierin zu erwarten. Das Arbeiterhaus mit 4 Piecen, nach dem Muster der cité ouvière von Mülhausen, welches zwei Irre aufnehmen kann, kostet höchstens 800 Thlr. und die Herstellungskosten werden sich, wenn vier Irre auf eine größere solche Familienwohnung gerechnet werden, nicht höher als 300 Thlr. pro. Kopf stellen, – ein großer Unterschied gegen die 1000 Thlr. der heutigen Neubauten, aber ein Unterschied, der erst dadurch seine wahre Bedeutung bekommt, dass der betreffenden Klasse von Irren mit dem Billigeren auch das Bessere gewährt wird.

¹² In Gheel besteht in der Hauptsache dasselbe Prinzip, aber eine bloße allgemeine Schätzung; in den kleineren Verhältnissen, um die es sich bei unserem Plane zunächst handelt, sich eine genauere Berechnung herstellen.

Der zuletzt auseinander gesetzte Plan ist nicht neu; sein Hauptgedanke ist von Mundy wiederholt vorgelegt und empfohlen, die Pläne dazu sind von ihm im Detail ausgearbeitet und auch der Öffentlichkeit übergeben worden Niemals wäre dieser Gedanke möglich gewesen ohne die großen Erfahrungen, die uns Gheel bietet. An diesem unvergleichlichen Dorfe haben wir ein Vorbild, das wir nicht versuchen sollen mechanisch zu kopieren, das aber Jedem, der nicht allein das physische, sondern auch das moralische Wohl der Irren vor Augen hat, den Weg zeigt, der zu betreten ist. Aber meine Pläne unter scheiden sich sehr wesentlich von dem, was Gheel ist – in Einigem vielleicht zu ihrem Nachteil, aber eine vollständige Kopie und Reproduktion von Gheel an einem andern Orte ist nun einmal einfach unmöglich und andere Forderungen heischen auch ihre Erfüllung. Nach meinem Plane wird die große Mehrzahl der akuten Fälle von den klinischen und städtischen Asylen absorbiert, die geistigen Invaliden und Krüppel fallen den Siechenhäusern anheim, den ländlichen Asylen bleiben die chronischen Rüstigen, aber unter ihnen viele welche der geschlossenen Anstalt bedürfen und welche von Gheel Reglement- mäßig ausgeschlossen sind (Selbstmörder, Homiciden, Erotiker.). Die geschlossene Anstalt ist mir immer noch das Zentrum des Ganzen; die Kolonie zur familiären Verpflegung, der nach meiner Überzeugung ebenso nötige zweite Teil des Asyls, muss sich – sowie die Sachen in der Gegenwart liegen – erst allmählich neben jedem, Anfangs noch präponderierenden Zentrum entwickeln, bis; sie als ganz ebenbürtig durch ihre Leistungen anerkannt, später wahrscheinlich in den meisten Orten den wichtigeren und bedeutenderen Teil des Ganzen ausmachen wird. Kaum jemals aber wird bei meinem Plane das geschlossene Zentrum in das Verhältnis einer bloßen Infirmerie zu der Kolonie treten, wie dies in Gheel, für die dortigen Verhältnisse in so vorzüglicher Weise der Fall ist; während die Gheeler Infirmerie zu einem stets nur ganz temporären Aufenthalte einzelner Kranken dient¹³, soll und wird unser zentraler geschlossener Teil immer eine große Anzahl von Kranken enthalten, welche lange, zum Teil für immer in ihm zu verweilen haben.

Natürlich steht nicht das Geringste im Wege, dass an das geschlossene Asyl sich mehrere, ja alle Modifikationen der freien Verpflegung anschließen können. Nur auch hier keine Pedanterie und keine sogenannten Systeme, die Alles über einen Leist schlagen sollen! In einem Asyle von großer Ausdehnung kann sehr wohl der rüstigste und sonst geeignete Teil auf einer Ferne gehalten, ein anderer Teil in präexistierenden Landwohnungen untergebracht werden und wenn diese für die familiäre Verpflegung

¹³ Nach Art. 1 ihres Reglements. – Ich kann nicht umhin, hier der gänzlich irrigen Auffassung entgegenzutreten, als ob durch Errichtung der Infirmerie Gheel sich dem System der geschlossenen Anstalten genähert und seinen eigentümlichen Charakter aufgegeben habe. Ich fand im Herbst 1866 von über 1000 Kranken Gheels etwas übelr³⁰ in der Infirmerie. Die Reglements, die Praxis des verdienten Oberarztes Dr. Bulckens und die Auffassung der permanenten Aufsichtskommission einer belgischen Irrenanstalten (Ducpetjaux, Vermelden und Oudart) stehen alle gleich mäßig jener falschen Auffassung entgegen. Vgl. u. A. Neuvieme Rapport de la Commission permanente etc. Bruxelles 1866. p. X. ff.

nicht ausreichen, so kann noch eine Anzahl ländlicher Wohnungen für Wärterfamilien errichtet werden. Aus dem Systeme der mechanisierten Massenanhäufung der Kranken heraus zu einer Dezentralisation zu gelangen, welche dem geeigneten Kranken eine freie Bewegung, eine bessere Erhaltung seiner Individualität, welche ihm möglichst die Wohltat des Lebens unter Gesunden bietet – dieses Ziel kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden und keiner widerspricht dem andern. Die einfachste Überlegung zeigt ja, dass die agricole Kolonie – wenn man dieser zunächst den Vorzug gehen wollte – doch nur für eine ganz bestimmte Art von Individuen passend ist, weil sie für andere nicht passt, die doch auch der freieren Verpflegung bedürfen, soll diesen solche nun gar nicht zuteil werden? Man soll weder den Satz aufstellen, dass die Freiheit der Kolonie nur den Irren die Regel, die geschlossene Anstalt nur die Ausnahme sein soll, noch den gerade entgegen gesetzten; man soll vielmehr jedem gerade das Maß der Freiheit geben, welches ihm gelassen werden kann. Die Erfahrungen über dieses Maß sind immer fortzusetzen. Wie die andere große Reform in der praktischen Psychiatrie, das Werk des unsterblichen Connly, uns bereits den größten Teil der Unruhe und der sogenannten Tobsucht aus den Irrenanstalten verschwinden lies und uns den Geisteskranken bei vollständig milder, den Gebrauch seiner Glieder nie beschränkender Behandlung als einen andern kennen lehrte als wir ihn in den Tobzellen und Zwangsjacken gesehen hatten, so wird uns vielleicht auch der Irre in der freien Verpflegungsform wieder als ein au derer, besserer erscheinen, als der Irre der bisherigen Irrenhäuser; ist dem so, so wird allerdings mehr und mehr die Zahl der freien Kolonisten die Zahl der Bewohner der geschlossenen Anstalt überwiegen. Es ist dies aber eine Frage der Zukunft, der wir dann getrost auch Etwas zu tun überlassen dürfen; Irren wir selbst in der Gegenwart das Unsrige tun.

Ich wurde schon gefragt, was denn bei Einführung der freieren Verpflegungsformen aus den heutigen Irrenanstalten werden soll? Ich hörte schon Kollegen, die sich der Reform des Anstaltswesens wohl anschließen könnten – wenn man nur nicht erst vor Kurzem die großen, kostspieligen Anstalten gebaut hätte! – Und doch steht es fest, dass wir geschlossene Anstalten stets bedürfen werden, und dass einem großen Teile der jetzt bestehenden Anstalten, insofern sie überhaupt den Charakter haben, den ein "ländliches Asyl" haben soll, statt durch Anbau neuer Flügel die Massenanhäufung noch zu vermehren, ein zweiter Bestandteil, ein freierer Verpflegungsmodus in der Nähe oder in größerer Entfernung angefügt werden kann und alsdann auch werden soll. Wo dies absolut untunlich ist, – nun da wirke das geschlossene Asyl fort, indem immer mehr seine Aufnahme auf die Kranken beschränkt wird, die seiner wirklich bedürfen und indem es immer mehr wenigstens den Geist der freieren Verpflegungsformen in seine Mauern einlässt; in manchem wirkt er ja jetzt schon.

An vielen Orten ist aber noch tabula rasa. In mehren Ländern und Provinzen Deutschlands denkt man jetzt ernstlich an den Bau neuer Anstalten, eine ganze Reihe deutscher Universitäten sieht der Errichtung eines ernsthaften psychiatrischen Unterrichts mit Verlangen entgegen. Wohl ist es zu beklagen, dass noch an so manchen Orten so schlecht für die Irren gesorgt ist; aber es mag doch manchmal ein gewisser Instinkt den leitenden Personen gesagt haben, dass die in den letzten 30 Jahren allgemein als einzig richtig hingestellten Organisationen nicht das letzte sein werden,

was Wissenschaft und praktische Humanität in diesem Gebiete zu realisieren haben; die aus irgendwelchem Grunde stattgefundene Verzögerung kann jetzt zum Vorteil der Sache gewendet werden.

Es mag ja in wohlwollendem Sinne gedacht sein, wenn Manche die ganze Aufgabe derzeit eben in möglichster Vervielfältigung der Irrenanstalten nach den bestehenden Mustern sehen. Die Erfahrung sollte sie aber lehren, dass sie vor einem Danaidenfasse stehen und das Verfahren, neben die kaum gebauten, alsbald überfüllten, d.h. schlecht gewordenen Anstalten immer wieder neue zu setzen, muss aus ökonomischen, therapeutischen und sozialen Erwägungen eine Grenze finden. Das neue Bedürfnis des klinischen Unterrichts fordert klinische Asyle. Für den alten Schaden der stets wachsenden Anforderungen an die Irren -Verpflegung liegt das Hilfsmittel in der Herstellung der freien Formen, die einer unbegrenzten Ausdehnung mit viel geringeren Kosten fähig und zum Teil selbst ökonomisch so vorteilhaft sind, dass sie bei guter Führung vielleicht einer Selbsterhaltung nahe kommen können. Aber nicht einer fernen Zukunft ist die Sache anheim zu stellen, und unverantwortlich wäre es, auf Überfüllung der zentralen Anstalten, d.h. auf den Zustand, wo alle Zwecke der Anstalt und alles Wohlbefinden der Kranken schwer benachteiligt sein werden, warten zu wollen, bis wann einer ganzen Klasse von Kranken der ihr zusagendste Verpflegungsmodus herstellt. Nein, in den ersten Plan jeder neuen Anstalt ist dieser als notwendiges, wesentliches, von vorn herein gleich berechtigtes Glied aufzunehmen.

Geht nach Clemont! geht vor allem nach Gheell möchte ich den Zweiflern, den Unsichern und Schwankenden zurufen. Seht und vergleicht! Es ist ein Zeichen eines kleinen Geistes, überall nur die Schwierigkeiten zu sehen und mit achselzuckendem Ignorieren ist länger nichts mehr zu machen. Seht und vergleicht! Wollt dann nicht alles gleich noch besser haben. Wollt aber auch nicht alles gerade so nachmachen, wie Ihr es seht! Befruchten lasst Euren Geist von dem Gesehenen, und dann an jedem Orte nach seiner Besonderheit! Da, in richtigster Verwendung des Vorliegenden und Gegebenen mag sich vor einer großen Aufgabe das organisatorische Talent betätigen, das sich manchmal bisher an Construction der besten Zellen und Klosetts und an Dingen, die man so oder 80 machen kann, ohne dass es irgendwelchen Einfluss auf das Wohlbefinden der Kranken hätte, abgearbeitet hat.

Quelle: Griesinger, Wilhelm. 1868. Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 1, H. 1, S. 8-43.

6.3 Konrad Alt: Über ländliche Beschäftigung der Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege (1908)

Konrad Alt (1861-1922) war langjähriger Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe und ein Pionier der Familienpflege, einem neuen, offenen Therapiekonzept, das er in Uchtspringe 1896 einführte und auch ausführlich dazu publizierte. Er etablierte Pflegerdörfer in der Nähe von Uchtspringe und sorgte für eine Aufwertung des Pflegeberufs. Sein Artikel aus dem Jahre 1908 ist eine der ausführlichsten Darstellungen des Konzepts der Familienpflege überhaupt.



Abb. 22: Konrad Alt

Vor 40 Jahren hat Deutschlands größter Psychiater WILHELM GRIESINGER, der damalige Inhaber des Berliner Lehrstuhls für Psychiatrie und Nervenheilkunde, mit prophetischem Weitblick seine Anschauungen „Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“ dargelegt. In diesem packend geschriebenen, auch heute noch für jeden Irrenarzt lehrreichen Aufsatz hat der mit den Forderungen der Wissenschaft wie den Verhältnissen des praktischen Lebens gleich vertraute Altmeister der Psychiatrie sich zu dem Satze bekannt, daß viele Kranksinnigen viel mehr Freiheit vertragen können, als man gewöhnlich annimmt, und daß mit den derzeitigen öffentlichen Irren-, Heil- und Pflegeanstalten allein für die Zukunft nicht auszukommen sei. Die Anstalten von damals waren durchweg kasernenartige, symmetrisch aneinander gefügte, vielfach architektonisch wirkungsvolle Monumentalbauten, aus einstigen Schlössern oder Klöstern um- und ausgebaut oder doch in Anlehnung an solche Vorbilder aufgeführt. An den Gebäudekomplex schloß sich ein mit hoher Mauer umfriedigter Garten oder Park, der einzelnen ausgesuchten Kranken unter gehöriger Aufsicht zu kurzem Spaziergang oder auch zu vorübergehender Beschäftigung diente. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Anstaltsinsassen wurde ständig hinter Schloß und Riegel gehalten, jeder geregelter Beschäftigung bar, von der Außenwelt und dem Anreiz der Natur vollständig abgeschlossen. Unglücklich, sagt GRIESINGER, sind in diesen Anstalten solche Kranke, welche noch körperlich rüstig und kräftig der Arbeit, besonders der Arbeit im Freien bedürfen. „Diese Armen sitzen hier oft jahrelang völlig müßig, hinter vergitterten Fenstern in Zellen, ihre unbenutzte Körperkraft übt sich im Schreien und Zerstören! Sie selbst sind in der Hölle, und sie stören die Ordnung und Harmonie jedes solchen Hauses aufs gründlichste.“

Meine Herren! Wer an den internationalen Kongressen in Antwerpen und Mailand teilgenommen und der Besichtigung der nahegelegenen geschlossenen Anstalten beigewohnt hat, wird die erschütternde Wahrheit dieses GRIESINGER'schen Ausspruchs empfunden haben. Es gibt leider auch heutzutage noch, vereinzelt auch

bei uns in Deutschland, Irrenanstalten, in welchen körperlich rüstige und kräftige Kranke der Arbeit und namentlich der Arbeit im Freien vollständig entraten müssen, deshalb ihre unbenützte Körperkraft im Schreien und Zerstören verbrauchen und so sich selber und ihren Mitbewohnern den Aufenthalt zur Hölle gestalten. Erfreulicherweise ist aber im großen und ganzen seit jenem Aufsatz GRIESINGER'S und im Sinne seiner Forderungen eine gänzliche Umgestaltung der deutschen Irrenanstalten erfolgt, welche des großen Meisters kühnste Erwartungen weit Übertreffen dürfte.

Zwei Hauptarten freierer Verpflegungsformen hielt er für ausführbar und erforderlich: die Form der *agrikolen Kolonie* und die *familiäre Verpflegung*. Sie stehen sich, sagt GRIESINGER nicht als Entweder-Oder gegenüber, sie laufen sozusagen parallel, sie lassen sich selbst beide, je nach den Umständen, leicht und vorteilhaft miteinander kombinieren.

Meine Herren! Die in neuerer Zeit, namentlich in den letzten 10 Jahren zu Dutzenden neuerbauten deutschen Anstalten sind nicht nur sämtlich mit einer *agrikolen Kolonie* versehen, sondern durchweg als *koloniale Anstalten* im Pavillonssystem vollkommen frei angelegt und mit *ausreichender Arbeitsgelegenheit* im Freien versehen. Viele der älteren Anstalten sind durch Niederlegung der Umwährungsmauern und Verbindungsgänge, sowie durch Angliederung freier Landhäuser des geschlossenen Charakters entkleidet und der ländlichen Beschäftigung dienstbar gemacht. Hand in Hand mit der kolonialen Umgestaltung der deutschen Anstalten ging eine planmäßige Hebung des Pflegerstandes, der sich immer mehr und mehr zu einem geachteten Lebensberuf entwickelt und an dem Aufschwung der freien Behandlung bedeutsamen Anteil hat. An Stelle des früheren ungebildeten Irrenwärters, der schon von weitem durch sein mächtiges Schlüsselbund auffiel, ist ein verständnisvoller Krankenpfleger getreten, der auch als geschickter Vorarbeiter seinen Schutzbefohlenen die erwünschte Anregung und Anleitung zu segensreicher Arbeit gibt. Durch Sefßhaftmachen des Pflegerstandes ist bekanntlich in Deutschland auch die planmäßige *Einführung* der allerfreiesten Verpflegungsform, der *familiären Verpflegung* gelungen und zwar neuerdings mit solchem Erfolg, daß die *Zahl der Familienpfleglinge* in Deutschland sogar schon diejenige Belgiens, des Mutterlandes der Familienpflege, überholt hat. Mir persönlich ist es vergönnt gewesen, an dieser neuartigen und überraschend schnellen Ausgestaltung der deutschen Familienpflege wirksam mitzuhelfen und zwar auf dem schon von GRIESINGER theoretisch angegebenen Wege, der mir allerdings damals unbekannt war.

„Das familiäre System, sagt GRIESINGER, kann in zweierlei Modifikationen realisiert werden. Entweder es wird in einem dem ländlichen Asyl nächstgelegenen Dorfe oder kleinen Städtchen eine gewisse Zahl von Kranken als Pensionäre zu Landleuten, Handwerkern u. dgl., zu braven anständigen Familien gegeben, oder wo geeignete Verhältnisse zu familiärer Unterbringung sich noch nicht finden, sollen solche neu geschaffen werden. Der Gedanke ist einfach der, daß ein Teil des Asyls, statt ein Stück des zentralen Gebäudes zu sein, von vornherein aus diesem hinaus und auseinander gelegt wird. Es wird hier in der Nähe des Zentralgebäudes, 10 Minuten

bis 1/2 Stunde von ihm, eine Anzahl ländlicher Wohnungen gebaut, welche ohne steife Aneinanderreihung und ohne in Details nach einem Muster hergerichtet zu sein, nach Maßgabe des Terrains zerstreut liegen; jedes hat, wo möglich, seinen eigenen, wenn auch kleinen Garten. Zuerst fängt man mit wenigen (6-10) solcher ländlichen Gebäude an, welche von Wärterfamilien bewohnt werden; später, wenn - was bei richtiger Führung und Prosperität sicher ist - zu diesen ursprünglichen Wärterfamilien noch andere, namentlich Handwerkerfamilien sich heranziehen lassen, werden immer mehr solche kleinen Häuser errichtet und es wächst allmählich die Kolonie“. So GRIESINGER.

Meine Herren! Wenn ich anlässlich der Lichtbildervorführung Ihnen einen Überblick über die von mir geleitete Anstalt *Uch ts p r i n g e* und die ihr angegliederte, von dem Pflegerdörfchen *W i l h e l m s e i c h* ausgegangene Familienpflege geben darf, wird Ihnen die glückliche Verwirklichung der von dem großen Meister prophetisch vorausgesehenen Weiterentwicklung der deutschen Irrenanstalten überzeugend einleuchten. Es wird daran auch zu erkennen sein, wie agrikole Kolonie und familiäre Verpflegung parallel laufen und sich vorteilhaft miteinander kombinieren lassen. Ein solcher Gegensatz zwischen Anstaltspflege und Familienpflege, wie er beispielsweise in Belgien besteht und auf dem Antwerpener internationalen Kongreß von mancher Seite temperamentvoll hervorgehoben wurde, ist bei uns in Deutschland nicht vorhanden. Die im GRIESINGER'schen Sinne erfolgte freie Ausgestaltung der Anstalten mit planmäßiger Einführung der Arbeit und namentlich der Arbeit im Freien war die notwendige und natürliche Vorstufe zur Entwicklung einer zeitgemäßen Familienpflege, welche den Schlußstein und die Krönung der freiesten Behandlung der Kranksinnigen darstellt.

Meine Herren! In den modernen deutschen Anstalten wird der Schwerpunkt der Behandlung - abgesehen von den aus körperlichen Insuffizienzen sich ergebenden ärztlichen Indikationen - auf *B a d e -* und *B e t t b e h a n d l u n g* der *a k u t* Erkrankten und auf zweckmäßige Beschäftigung aller Insassen gelegt, deren Leiden in ein *r u h i g e r e s S t a d i u m* getreten ist. Selbst in den Wachsälen und den Aufnahmeabteilungen, wo von Liege- und Badekuren ausgiebigst Gebrauch gemacht wird, suchen wir die Kranken mit allerlei Handarbeiten wenigstens zeitweise zu beschäftigen, was bei gehöriger Aufsicht ganz unbedenklich ist. Sobald es der Zustand einigermaßen erlaubt, wird der Versuch einer Beschäftigung mit Hausarbeit, in einer Werkstatt oder im Freien gemacht meist mit dem Erfolg, daß der Kranke von etwai- gen Sinnestäuschungen, Wahnideen, Zwangshandlungen usw., wenigstens vorübergehend mehr und mehr abkommt. Namentlich die große Gruppe unserer Schutzbefohlenen, bei denen nach Ablauf der ersten, stürmischen Krankheitsäußerungen allerhand *k a t a t o n i s c h e S y m p t o m e* sich einstellen, wird durch eine rechtzeitig eingeleitete, planmäßige *A r b e i t s t h e r a p i e* offensichtlich sehr günstig beeinflußt. Anfänglich geht es ja manchmal schwer oder auch gar nicht, nach und nach aber steckt das Beispiel der arbeitenden Kameraden und des vorarbeitenden Pflegers an, von Tag zu Tag kommt mehr Geschick in die Arbeit, die schließlich zur Freude und zum Bedürfnis wird. Wenn schon der gesunde Mensch, um sich wohl zu fühlen und leistungsfähig zu erhalten, einer körperlichen Betätigung bedarf, die den

Stoffwechsel anregt und wohltuende Ermüdung schafft, ist für die meisten Nervenkranken und Kranksinnigen eine zusagende, dem jeweiligen Zustand angepaßte *körperliche Beschäftigung* geradezu ein ausgezeichnetes *Kurmittel*. Sie verschafft die so nötige Ablenkung und Zerstreuung, regt Atmung, Appetit, Stoffwechsel und Verdauung an, stärkt Muskel, Herz und Sinne, bringt Schlaf und Ruhe. „In labore quies“ sollte der Wahlspruch jeder Anstalt sein.

Von den verschiedenen Arbeitsarten verdient für unsere Kranken die ländliche Arbeit schon um deswillen den Vorzug, weil sie ständigen Aufenthalt im Freien bedingt, gar mannigfaltige Abwechslung und Anregung schafft und innige Fühlung mit der Natur bringt. GRIESINGER hat die auch heute noch manchmal zu hörende Ansicht geäußert, daß Menschen, welche früher nie irgendwelchen praktischen Gebrauch ihrer Kräfte gelernt haben, im Falle einer geistigen Erkrankung für ländliche Arbeit wenig zu gebrauchen, daß Geistesarbeiter und Städter für agrikole Anstalten wenig geeignete Elemente seien. Dem kann ich auf Grund eigener Erfahrung nur mit der Einschränkung beipflichten, daß allerdings die gröberen ländlichen Arbeiten, z. B. Pflügen, Harken, Mähen, Dreschen, Ausmisten u. dgl. nur von landwirtschaftlichen Berufsarbeitern bevorzugt werden. Die übrigen Arbeiten, namentlich Garten-, Obst-Park-, Wiesen- und Forstarbeiten aller Art sagen auch den Städtern und überhaupt Personen, die früher zu körperlicher Ausarbeitung keine Gelegenheit hatten, meistens sehr zu. Bei Auswahl eines zur Anlage einer kolonialen Anstalt bestimmten Geländes wird man zweckmäßig nicht ein erstklassiges Bödengut mit Intensivbetrieb wählen, sondern ein möglichst anmutiges Areal mit leichter Bodenart und Gelegenheit zu mannigfachster Beschäftigung im Freien.

Bei Vorführung der Lichtbilder aus dem Uchtspringer Anstaltsleben werden Sie sich überzeugen können, wie eifrig und freudig in Feld und Wald sich unsere Kranken betätigen, ein gut Teil der in dem großen Anstaltshaushalt benötigten landwirtschaftlichen Erzeugnisse selber bauen und so zur Verbilligung des Wirtschaftsbetriebes beitragen. Der Hauptsegen ihrer Arbeit beruht aber darin, daß sie ihrer Leiden vergessen, sich körperlich und geistig wohl befinden, durch die zusagende Beschäftigung allmählich Ruhe und Zufriedenheit und, wo dies noch möglich ist, auch ihre Gesundheit wiedergewinnen. In den heutigen kolonialen Anstalten mit ihrem freien agrikolen Betrieb begegnen Sie überall fröhlich schaffenden Menschen und nicht mehr - wie zu GRIESINGER's Zeit - jenen haufenweise zusammengepferchten Geisteskrüppeln, die ihre Körperkräfte in Schreien und Toben betätigen und sich selber und ihren Mitbewohnern die Anstalt zur Hölle machen.

Bei aller Anerkennung der bewunderungswürdigen Leistungen und Segnungen der kolonialen Anstalten, als deren unerreichtes Vorbild Altscherbitz in der Provinz Sachsen gepriesen werden muß, darf nicht verschwiegen werden, daß viele Kranksinnigen viel mehr Freiheit vertragen können und *Anregung* benötigen als die bestgeleitete Anstalt dies gewähren kann. Und das vermag allein die *Familienpflege*, die deswegen überall eingeführt werden muß. Der früher so oft gehörte, bequeme Einwand, die Bevölkerung sei nicht geeignet oder gewillt zur Ausübung der Familienpflege, kann heutzutage nach den allerwärts gemachten Er-

fahrungen ernsthaft nicht mehr erhoben werden. Wo günstige Vorbedingungen nicht gegeben sind, schafft man selber passende Verhältnisse. Wie den meisten von Ihnen bekannt ist und einleitend schon erwähnt wurde, ist auf mein Betreiben Mitte der 90er Jahre in Nähe unserer Anstalt ein eigenes Dörfchen erbaut worden, in welchem Berufs pfleger und Handwerker ein behagliches Familienheim finden, das gleichzeitig auch die Aufnahme von je 2 bis 3 Kranken als Familienpfleglingen ermöglichte. Gar bald wurde eine Erweiterung des schmucken Dörfchens nötig, dem jetzt ein zweites nachfolgt. Nach einem passend für sie ausgearbeiteten Plan haben neuerdings auch einige Pfleger auf eigene Kosten reizende Einfamilienhäuser erbaut, zu denen 60 Proz. der Anlagekosten von der Invaliditätsversicherung zu 3 Proz. Zinsen als Hypothek gewährt wurden. Andere werden nachfolgen. Kurzum in nächster Nähe der Anstalt Uchtsprunge ist in eigens zu dem Zweck erbauten reizenden kleinen Häusern mit je einem eigenen Garten für etwa 60 Familienpfleglinge Platz geschaffen. Und, wie angenommen war, wirkte das Beispiel auf die ursprünglich sehr ablehnende einheimische Bevölkerung derart, daß allein in unserer Kreisstadt G a r d e l e g e n und deren nächster Umgebung gegen 240 Familienpfleglinge ein behagliches Heim gefunden haben. Innerhalb von 10 Jahren ist in der Provinz Sachsen die nach meinen Vorschlägen angestrebte Familienpflege von 0 auf ca. 500 angestiegen. Was bei uns gelang, ist auch anderswo möglich, wenn nur der ernste Wille besteht und der rechte Mann die Sache in die Hand nimmt. Dieser Tage erst las ich, daß in Ungarn die hauptsächlich nach Uchtspringer Anregung und Vorbild vor 2 Jahren ins Leben gerufene Familienpflege bereits auf 170 Plätze angestiegen ist und sich segensreich bewährt.

Meine Herren! Es ist hier nicht der Ort und die Zeit weiter darauf einzugehen, daß und wie eine Familienpflege erfolgreich zu schaffen ist und worin ihre unbestrittenen wirtschaftlichen und humanitären Vorzüge bestehen, heute soll hauptsächlich der l ä n d l i c h e n B e s c h ä f t i g u n g in der Familienpflege gedacht werden. Und da muß von jedem Kenner zugegeben werden, daß diese mannigfaltiger, reizvoller, freier und selbständiger ist, als in der Anstalt, wo naturgemäß weitaus die meisten Kranken in Kolonnen und unter ständiger Anleitung und Aufsicht beschäftigt werden. Wenn schon vielen Gesunden die Freude und Lust an der Arbeit durch die ständige Gegenwart anderer stark beeinträchtigt wird, und sie viel lieber ungestört und unbeachtet stille für sich hin arbeiten, gilt das in viel höherem Maße für manche Kranksinnigen mit ihrem Hang zum Alleinsein und ihrer Scheu vor der Anwesenheit vieler Menschen. In jeder Anstalt gibt es Kranke, die gerne Aufenthalt und Arbeitsbereich für sich haben und im Umgang mit anderen leicht gereizt oder verdrossen werden. Soweit angängig, trägt man ja gern ihren einsiedlerischen Neigungen und Eigenschaften Rechnung, indes kann doch nur einer sehr beschränkten Anzahl ein alleiniges Arbeitsfeld eingeräumt werden. Ganz anders in der Familie, wo, sich leicht getrennte Arbeitsgelegenheit und gerade solche finden läßt, die dem Betreffenden zusagt. Schon bei Auswahl der Pflegestellen wird man den Neigungen und Wünschen des Kranken nach Möglichkeit Rechnung tragen. Dem, der immer Freude an Pferden und Wagen hatte, wird man Quartier bei einem Kleinbauern mit Pferdegespann zuweisen; wer mehr für Ziegen und Kleinvieh schwärmt, muß solches vor-

finden im neuen Heim. Der Arbeiten gibt es gar mancherlei in der Familienpflege. Kaum eine unserer Pflegefamilien hat nicht ihren eigenen oder erpachteten Garten mit allerlei Blumen und Kräutern, mit Beerensträuchern und Obstbäumen, Gemüse und Kartoffeln. Da gibt es für die Kranken nicht nur zu graben und gießen, zu pflanzen und jäten, zu ernten und heimzutragen; zur gegebenen Zeit können sie sich auch selber an den Früchten ihrer Arbeit erfreuen und an Ort und Stelle den Lohn ihrer Tätigkeit empfangen. Mit welcher Spannung sehen sie dem Knospen der Nelken und Rosen, dem Reifen der Erdbeeren und Kirschen entgegen, mit welch freudigem Stolz wird das erste frische Gemüse heimgetragen, geputzt, gekocht und verzehrt. Noch einmal so gut schmeckt das Mittagessen dem Familienpflegling, der selber das Feuer geschürt, die Kohlen getragen, das Holz im Walde gesucht oder klein gemacht, die Kartoffel geschält, die Bohnen geschnippelt, kurzum der an der Bereitung des Mahles so wesentlichen Anteil genommen. Die Eier, die sie selber frisch aus dem Stalle geholt, die Milch von der selbstgehüteten Ziege oder Kuh gemolken, der von der Pflege-mutter unter ihrer Beihilfe bereitete Hauskäse und Napfkuchen ist viel besser wie all' das, was man im Laden kauft. Auf Erntedankfest und Kirchweih freut sich nur der von Herzen, der durch treue Arbeit zur Erzielung und Bergung des Erntesegens beigetragen hat. Und was haben die Kranken nicht Alles auf dem Felde mitgeholfen! Kein anderer versteht so wie der Pflegling, die störrische Kuh geduldig und kunstgerecht anzuschirren, den Mist aufzuladen und zu streuen, das Pferd zu putzen und füttern, das Gespann beim Pflügen zu leiten. Überhaupt ist die *T i e r p f l e g e* eine ganz besondere und dankbare *L i e b l i n g s b e s c h ä f t i g u n g* der Kranken. In unserer Gegend, wo die Gänsezucht besonders getrieben wird, sieht man Dutzende von Familienpfleglingen mit Gänseherden auf der Weide. Auch Ziegen- und Schaf-hüten ist eine bevorzugte Tätigkeit. Die so gehegten Tiere lernen gar bald ihre Wohltäter kennen und lieben und folgen willig ihrem Ruf. An allen Garten- und Feldarbeiten nehmen die Pfleglinge, ein jeder nach seinem Können, lebhaften Anteil. Indem sie der Hausfrau Botengänge besorgen, das Kinderwarten abnehmen. Geschirr spülen oder ab- und zutragen, bleibt dieser Zeit, sich eifriger ihren Arbeiten zu widmen, Ja es sind uns Fälle bekannt, in denen bei Erkrankung oder Behinderung der Hausfrau einfach der Familienpflegling geschickt und freudig ihre Arbeit übernahm.

Gar mancher Kranke, der jahrelang nichtstehend und stumpfsinnig in der Anstalt herumsaß, entwickelt sich unter dem Anreiz des Landlebens überraschend schnell zu einem fleißigen und geschickten Arbeiter. Es würde zu weit gehen, alle einzelnen Beschäftigungsarten aufzuzählen, deren einige im Lichtbild Ihnen vorgeführt werden; die meisten Pfleglinge nehmen eifrig Anteil an allen Arbeiten, wie sie der Hausstand und die Jahreszeit mit sich bringt. Je geschickter die Pflegeeltern im Anlernen sind, desto anstelliger und arbeitsfreudiger sind auch durchweg ihre Pfleglinge. Den größten Nutzen und Segen von ihrer Arbeit haben die Kranken selber, deren Befinden dadurch ein besseres wird, deren Rekonvaleszenz gar manchmal überraschende Fortschritte macht, so daß sie den Mut und die Fähigkeit zum Wiedereintritt ins freie Leben wiedergewinnen. Vorteil an der Arbeit

haben natürlich auch die Pflegeeltern, deren liebevolle Anleitung und Anregung durch nicht zu unterschätzende Arbeitsleistung gelohnt wird.

Gar manche latente Arbeitskraft wird namentlich durch die ländliche Familienpflege freigemacht und in wirtschaftlichen Nutzen umgesetzt.

*Ohne daß wir was bei gehöriger Aufsicht zu vermeiden ist, jemals über Ausnützung der Kräfte unserer Pfleglinge zu klagen hätten, ist der **wirtschaftliche Aufschwung der meisten Pflegeeltern unverkennbar**, was nicht nur den gezahlten Pflegegeldern, sondern auch den Arbeitsleistungen der Kranken zu danken ist. Außer vielen anderen Vorzügen der Familienpflege kommt ihr also auch der zu, die schlummernde Arbeitskraft vieler Kranken zu ihrem eigenen Segen anzufachen und dadurch einen wirtschaftlichen Aufschwung kleiner Landleute herbeizuführen.*

Quelle: Alt, Konrad. 1908. Über ländliche Beschäftigung der Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege. Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn, Bd. 2, S. 390-403.

6.5 Christian Friedrich Wilhelm Roller: Die Irrenanstalt nach allen ihren Beziehungen dargestellt – Inhaltsverzeichnis (1831)

Christian Friedrich Wilhelm Roller (1802-1878) war davon überzeugt, daß psychisch Kranke isoliert werden sollten – nicht um die Gesellschaft vor ihnen zu schützen, sondern weil er glaubte, die Heilungschancen seien besser, wenn die Patienten aus ihrer gewohnten Umgebung herausgelöst und in einem „Landasyl“ untergebracht würden. Ein besonderes Anliegen war ihm, daß psychisch Krankheiten nicht als Strafe Gottes betrachtet werden und die Patienten nicht als Besessene, an denen dann Exorzisten ihre Austreibungsrituale vornehmen.



Abb. 23: Christian Roller

Seine Vorstellung von psychiatrischer Versorgung unterschied sich grundlegend von der Wilhelm Griesingers, der eine gemeinde- und universitätsnahe Behandlung für unabdingbar hielt. So wurde Roller zu einem der Gegenspieler Griesingers und sein Beispiel hat auch dazu beigetragen, dass Griesingers Reformansätze in Deutschland kaum verwirklicht werden konnten.

Inhalts - Anzeige.

Vorrede. Seite VII.

Erster Abschnitt.

Allgemeine und äußere Beziehungen der Irrenanstalten.

Erstes Kapitel. Nothwendigkeit und Werth der Irrenanstalten.
Seite 1 bis 8.

Doppelte Art der Anstalten zur Versorgung der Irren S. 1.
Nothwendigkeit der Isolirung S. 3. Vorzüge der Irrenanstalten vor Privathäusern S. 6.

Zweites Kapitel. Beziehung der Irrenanstalten zum Staate.
Beleuchtung von Vorurtheilen und Hindernissen. S. 8 bis 19.

Verpflichtung des Staates S. 8. Irrthum über die progressive Zunahme der Geisteskranken S. 10. Mittel zur Verminderung der Zahl der Irren S. 11. Falscher Glaube von der Unheilbarkeit der Seelenstörungen S. 12. Scheu vor Geisteskranken S. 14. Der Fluch des Lächerlichen S. 15. Ueber wohlfeile Irrenanstalten S. 17.

XVIII

Drittes Kapitel. Öffentliche und Privat: große und kleine Irrenanstalten. S. 20 bis 27.

Vorzüge der öffentlichen Anstalten S. 20. Vorschläge zur Umgehung derselben S. 22. Gründe für größere Anstalten S. 25.

Viertes Kapitel. Verbindung der Irrenanstalt mit andern Anstalten. Ihre Benutzung zum Lehrzwecke. S. 28 bis 41.

Verbindung mit Strafanstalten S. 28., mit einem Arbeits-
hause S. 29., mit einem Hospitale S. 29., mit einem Sie-
chenhause S. 30. Eintheilung der Siechen S. 33. Psychia-
trisches Klinikum S. 34. Schwierigkeit, dasselbe mit einer
Anstalt zu verbinden S. 37. Besuch von Aerzten S. 39.

Fünftes Kapitel. Oberste Leitung der Anstalt. S. 42 bis 46.

Natur der obersten Staatsbehörde S. 42. Bestimmung ihrer
Stellung zum Staate und zur Anstalt S. 44. Visitationen
S. 45.

Sechstes Kapitel. Einnahmequellen der Anstalt und Verpfle- gungskosten. S. 46 bis 52.

Beitrag der Staatskasse, Stiftungen, Hilfskasse S. 47.
Ertrag aus den Grundstücken und Fabrikaten der Anstalt
S. 49. Verpflegungsbeiträge der Vermöglichen S. 49. Rech-
nungsführung S. 52.

Siebentes Kapitel. Aufnahmebedingungen. S. 53 bis 63.

Für eine Heilanstalt S. 53. Für eine Versorgungsanstalt S. 54.
Zeitige Aufnahmen S. 56. Maßregeln der Vorsicht und der
Form S. 56. Die zur Aufnahme nöthigen Documente, Frage-
oder Erkundigungsbogen S. 60.

Zweiter Abschnitt.

Lage und Bau der Irrenanstalt.

Achtes Kapitel. Lage der Irrenanstalt. Isolirung. S. 63 bis 72.

Lage im Allgemeinen S. 63. Fließendes Wasser S. 65. Schädlichkeit allzugroßer Nähe der Stadt S. 66. Schädlichkeit allzugroßer Entfernung S. 68. Resultat S. 70. Nähe einer Universitäts- und einer Hauptstadt S. 72.

Neuntes Kapitel. Abtheilungen der Irrenanstalt. S. 72 bis 85.

Nothwendigkeit einer Isolirung der einzelnen Klassen S. 72. Trennung der beiden Geschlechter S. 73. Der Heilbaren und der Unheilbaren S. 74. Schädlichkeit einer totalen Trennung der Heil- und der Versorgungsanstalt S. 76. Unterabtheilungen nach der Krankheitsform S. 79., nach den Ständen S. 81. Vorschlag zur Klassificirung der Irren S. 83.

Zehntes Kapitel. Äußere Gestalt der Irrenanstalt. S. 85 bis 98.

Ansichten verschiedener Schriftsteller S. 85. Erwähnung einiger Anstalten S. 90. Benennung der Irrenanstalt S. 92. Aussehen einer solchen Anstalt im Allgemeinen S. 93. Ueber die vorgeschlagene Gestalt einer Meierei S. 94. Gegenseitige Lage der einzelnen Raumparthieen S. 95. Schädlichkeit vieler Stockwerke S. 96.

Elftes Kapitel. Beschaffenheit der Irrenwohnungen. S. 98 bis 115.

Verschiedenheit derselben nach der Krankheit und den Ständen S. 98. Fensterverwahrung S. 99. Thüren S. 103. Fußböden S. 104. Wände und Decke S. 105. Schlafsäle oder Zellen S. 106. Ihre Größe S. 108. Korridore S. 109. Vortheile der Luftheizung S. 110. Abtritte S. 111. Spazierplätze S. 114. Einfassung der Anstalt S. 115.

Zwölftes Kapitel. Raumbedürfnisse der Irrenanstalt. S. 116 bis 125.

Angabe der Irrenwohnungen nach den verschiedenen Klassen S. 116. Depotzimmer S. 118. Bäder, Douche S. 118. Apotheke, Operations- = Sectionszimmer S. 121. Strafzimmer S. 122. Holzplatz, Küche, Waschanstalt S. 122. Werkstätten, Magazine, Oekonomiegebäude S. 123. Zimmer für die Administration und Wohnungen der Angestellten S. 124.

Dritter Abschnitt.

Oekonomische und polizeiliche Einrichtungen der Irrenanstalt.

Dreizehntes Kapitel. Bekleidung des Irren, Zimmereinrichtung und Magazine. S. 126 bis 135.

Bekleidung S. 126. Bettwerk S. 128. Leib- und Bettwäsche S. 129. Schreinwerk S. 131. Bettstellen S. 132. Magazinabgabe S. 134.

Vierzehntes Kapitel. Beköstigung der Irren. S. 135 bis 148.

Nothwendigkeit einer reichlichen Kost S. 136. Die einzelnen Kostarten S. 139. Brod S. 142. Unzulässigkeit der israelitischen Speisegesetze in der Irrenanstalt S. 143. Vorzug der eigenen Administration vor der Kostverpachtung S. 144. Eigene Bäckerei S. 147.

Fünfzehntes Kapitel. Haus- und Sicherheitspolizei. S. 148 bis 155.

Beleuchtung S. 148. Heizung S. 149. Feuerordnung S. 151. Nacht- und Thormache S. 152. Aufsicht auf Gebäude S. 152. Vorzunehmende Untersuchungen S. 153. Reinlichkeit S. 153.

Vierter Abschnitt.

Inneres Leben der Irrenanstalt.

Sechszehntes Kapitel. Haus- und Tagesordnung. S. 156 bis 178.

Allgemeine Grundsätze; Erziehung, Beschränkung der Irren S. 156. Ordnung und Regelmäßigkeit S. 162. Stundeneinteilung S. 164. Zeit für die Arbeit und die Andacht S. 165, für die Erholung S. 166. Vorzüge der gemeinschaftlichen Mahlzeiten S. 166. Schädlichkeit des frühen Schlafengehens S. 168. Visitation der Kleider und Betten, Verbringung nach den Krankenstuben S. 169. Zeit der ärztlichen Visite S. 169. Der Bäder S. 170. Freie Stunden der Wärter S. 171. Aufsichtsführung S. 171. Schädlichkeit der Fremdenbesuche S. 173. Der Besuche von Verwandten S. 176. Korrespondenz der Irren S. 177.

Siebzehntes Kapitel. Beschäftigung der Irren. S. 178 bis 192.

Aussprüche verschiedener Aerzte hierüber S. 178. Mannsfaltigkeit der Arbeit und einige nähere Bestimmungen S. 188. Gewohnte oder fremdartige Beschäftigung S. 189. Idee der Zweckmäßigkeit S. 190. Exerciren S. 191. Unterricht S. 192.

Achtzehntes Kapitel. Belohnung und Erheiterung der Irren. S. 193 bis 211.

Allgemeine Bestimmungen S. 193. Erfrischungen zwischen den Hauptmahlzeiten S. 194. Tabacksrauchen und Schnupfen S. 195. Geldprämien S. 196. Ausgangserlaubnis S. 197. Lektüre 198. Musik 199. Schauspiel S. 203. Eigentliche Spiele S. 206. Gemeinschaftliche Feste S. 208. Tanzbelustigung S. 210. Ueber die Freundschaft unter Irren S. 210.

Neunzehntes Kapitel. Bändigung und Bestrafung der Irren. S. 211 bis 225.

Ueber Zulässigkeit der Strafe im Irrenhause S. 211. Allgemeine Regeln über ihre Anwendung S. 210. Ketten S. 218. Meinungen der Aerzte über körperliche Züchtigungen S. 219.

Ihre Unzulässigkeit S. 223. Autenrieth-Haynersches Irrenzimmer S. 224. Berth desselben auch außerhalb der Irren-Anstalt S. 228. Entziehung des Lichts S. 229. Der Speisen und anderer Genüsse S. 230. Zwangsweste S. 230. Armbänder S. 235. Ruffe S. 235. Däumling, Fäufeling S. 236. Tollriemen S. 236. Haslams Gürtel, Taschenmuffe etc. S. 237. Sprungriemen, Zwangsbeinkleider S. 238. Mittel zum Zwangliegen S. 238. Der Sack S. 240. Korb, Wiege, Sarg S. 240. Zwangsschrank oder Gehäuse S. 241. Das Stehen am Laue S. 242. Zwangstuhl S. 243. Drehmaschinen S. 246. Hohles Rad S. 250. Bewegliches Stübchen, Aufziehen der Kranken S. 251. Maske, Birne und andere Mittel gegen das Schreien S. 252. Mittel bei Verweigerung der Nahrung S. 253. Mittel gegen Onanie S. 256. Arzneimittel, Bäder etc. als Zwangsmittel S. 256. Elektrizität, Galvanismus, Magnetismus S. 257. Magische Künste S. 257. Verschiedene Ansichten über das Austobenlassen der Irren S. 258.

Zwanzigstes Kapitel. Religionsübung der Irren. S. 260 bis 271.

Verschiedene Ansichten S. 260. Nähere Bestimmungen und Nothwendigkeit der Religionspflege im Irrenhause S. 268. Anstellung eines eigenen Geistlichen S. 270.

Ein und zwanzigstes Kapitel. Ankunft und Abgang der Irren. Reconvalescentenhaus. S. 271 bis 281.

Empfang eines Neuangekommenen S. 271. Weitere Behandlung desselben S. 272. Zimmer für Neuangekommene S. 273. Begräbniß S. 274. Reconvalescentenhaus S. 275. Zeitpunkt der Reconvalescenz S. 277. Beurlaubung S. 278. Verzeigung S. 280.

Fünfter Abschnitt.

Beamte der Irrenanstalt.

Zwei und zwanzigstes Kapitel. Wirkungskreis eines jeden Angestellten. S. 282 bis 298.

Aufzählung der Beamten S. 282. Dienstleistung des Direktors S. 283, der übrigen Aerzte S. 284, des chirurgischen Gehülfen S. 285, der Geistlichen S. 285, des Kirchendieners S. 286, des Verwalters S. 286, des Rechnungsführers S. 288, des Schreibers, der Oberwärter S. 289, der Krankenwärter S. 290, der Zimmer- und Badwärter, der Weißzeugverwalterin und Waschfrau S. 291, des Pförtners, Nachtwächters, des Dekonomen etc. S. 292. Beständige Anwesenheit der Angestellten S. 294. Allgemeine Konferenzen S. 294, ärztliche S. 295. Jährlicher Rapport S. 296. Verein für Verbesserung der praktischen Seelenheilkunde S. 297.

Drei und zwanzigstes Kapitel. Wärterdienst. S. 298 bis 315.

Schwierigkeit der Auswahl von Wärtern und große Forderungen S. 298. Vorschläge zur Verbesserung S. 300. Der Direktor besorgt die Auswahl S. 301. Sträflinge passen nicht als Wärter S. 302. Eher Genesene S. 303. Jahrs- und Ruhegehälter derselben S. 304. Beköstigung der Wärter aus der Anstalt S. 304. Vorbereitung für den Krankenwärterdienst S. 305. Geistliche Orden dafür in Frankreich S. 305. Einige Punkte der Wärter-Erziehung, Kleiderordnung S. 308. Belohnung und Bestrafung der Wärter S. 309. Trennung des Wärterdienstes S. 309. Zahl der Wärter S. 311. Beziehung des Geschlechts der Wärter zum Geschlecht der Kranken S. 312. Verheirathete Wärter, Wohnung derselben S. 314.

Vier und zwanzigstes Kapitel. Forderungen an und für die höhere Beamten. S. 315 bis 325.

Allgemeine Forderungen S. 315. Forderungen an den Arzt S. 316, an den Geistlichen S. 318, an den Verwalter S. 319.

XXIV

Beamtenwohnungen in der Anstalt S. 321. Verwerflichkeit aller Nebengeschäfte der Beamten (keine Privatanstalt) S. 322. Vertrauen gegen die Beamten besser als Kontrollirungen S. 324. Besoldungen S. 325.

Fünf und zwanzigstes Kapitel. Stellung des Arztes. S. 326. bis 341.

Nothwendigkeit der Direktion durch den ersten Arzt S. 326. Beispiele von andern Anstalten S. 330. Beurtheilung der Sonnensteiner Verfassung S. 331. Meinungen der Schriftsteller (Fehler in der deutschen Bearbeitung von Esquirol) S. 334.

Verzeichniß der citirten Schriften. S. 342.

7. NS-Zwangssterilisation und Krankenmord – Euthanasie

In den Jahren 1933 bis 1945 wurden zehntausende psychisch kranke oder geistig behinderte Männer, Frauen und Kinder verstümmelt und ermordet. Für sie gab es keinen Platz in der so genannten deutschen Volksgemeinschaft. Ihre Versorgungs- und Unterstützungsbedürftigkeit hatte sie zu „Ballastexistenzen“ gemacht, die es zu beseitigen galt. Die national-sozialistische Diktatur bot die Voraussetzungen für Legitimation und Organisation dessen, was manche Politiker und Ärzte schon lange gefordert hatten. Tradierte Vorurteile gegenüber Kranken und Behinderten wie auch die sozialen Verteilungskämpfe ließen den größten Teil der Bevölkerung dazu schweigen.

7.1 Fritz Lenz: Die Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger (1921)

Fritz Lenz (1887-1976) war ein deutscher Arzt und einer der führenden Rassenhygieniker. In der Nazizeit war er Mitglied im „Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik beim Reichsinnenminister“ und an der Erarbeitung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und später an den Beratungen zu einem „Euthanasiegesetz“ beteiligt. Außerdem engagierte er sich in der T4-Aktion, der systematische Ermordung von mehr als 70.000 Psychiatrie-Patienten und behinderten Menschen durch SS-Ärzte und -Pflegekräfte zwischen 1940 und 1941.

Um die Fortpflanzung Minderwertiger zuverlässig zu verhindern, dazu sind Eheberatungen und auch Eheverbote aus den angeführten Gründen unzureichend. In mehreren Staaten Nordamerikas ist man daher zu einer zwangsmäßigen Sterilisierung (Unfruchtbarmachung) Minderwertiger übergegangen. Die Sterilisierung ist nicht etwa gleichbedeutend mit der Kastration. Während diese in der Entfernung der Keimdrüsen besteht und nicht nur Unfruchtbarkeit, sondern auch erhebliche Störungen des körperlichen und seelischen Zustandes im Gefolge hat, geschieht die Sterilisierung bei männlichen Personen vielmehr in der Form der sogenannten „Vasektomie“, der Durchtrennung der Ausführungsgänge der Hoden. Die Hoden selbst bleiben dabei erhalten, ebenso der Geschlechtstrieb und die Begattungsfähigkeit. Auch wird die sogenannte innere Sekretion nicht gestört und daher auch nicht die sonstige körperliche und seelische Verfassung. Die Angabe, daß sogar ein günstiger Einfluß auf den Allgemeinzustand stattfindet, ist wohl zu bezweifeln; sie dürfte dem Wunsche der Anhänger der Sterilisierung entspringen. Jedenfalls aber ist die Vasektomie durch eine geringfügige und gefahrlose Operation in wenigen Minuten auszuführen. Die Sterilisierung weiblicher Personen, welche durch Durchtrennung der Eileiter (Salpingektomie, Tubensterilisation) geschieht, erfordert allerdings eine größere Operation. Vielleicht wird im weiblichen Geschlecht daher in Zukunft die Röntgensterilisation vorzuziehen sein.

Es ist ein Verdienst des amerikanischen Arztes Sharp, in einer Strafanstalt des Staates Indiana in den Jahren 1899 – 1907 mit der Sterilisierung von 176 Minderwertigen vorangegangen zu sein. Der Eingriff erfolgte mit Einwilligung der Operierten, weil diesen eine Unfruchtbarkeit ohne Störung des Geschlechtsgenusses nur erwünscht war. Nach den günstigen Erfahrungen Sharps wurde die Unfruchtbarmachung Minderwertiger in Indiana 1907 gesetzlich eingeführt, und in den nächsten Jahren folgte eine Reihe anderer Staaten nach, so daß sie bis 1913 schon in 12 Staaten gesetzlich geregelt war. Der Zweck dieser Gesetze ist überall ein rassenhygienischer; doch ist dieser meist absichtlich nicht direkt ausgesprochen, sondern statt dessen die „Besserung“ der minderwertigen Verbrecher als Zweck angegeben. Den Minderwertigen oder ihren Angehörigen steht in den meisten Staaten ein Einspruchsrecht zu.

Bis zum Jahre 1913 wurden in Indiana 301 Unfruchtbarmachungen vorgenommen, in Kalifornien bis zum Jahre 1916 635. Auch in anderen Staaten, wie Wisconsin, Connecticut, Michigan haben rassenhygienische Sterilisierungen in geringerer oder größerer Zahl stattgefunden. Seit dem Jahre 1913 ist die Sterilisierung in Kalifornien nicht mehr auf Anstaltsinsassen beschränkt; hochgradig Geistesschwache können vielmehr auch sonst auf Ansuchen der Eltern oder des Vormundes unfruchtbar gemacht werden. In Iowa können alle Syphilitiker und Epileptiker sich sterilisieren lassen.

Sterilisierungen in dem genannten geringen Umfange genügen natürlich nicht, um wirklich eine Reinigung der Rasse zu bewirken. Ein rassenhygienischer Ausschuß unter Führung von Laughlin hat daher ein recht radikales Programm entwickelt, nach welchem fortlaufend immer etwa ein Zehntel aller gleichzeitig Lebenden sterilisiert werden sollte. In den ersten Jahren sollten jährlich etwa 100 000 Unfruchtbarmachungen vorgenommen werden und weiter steigend bis zum Jahre 1980 etwa 400 000 jährlich. Bis dahin würden dann etwa 15 Millionen Minderwertiger sterilisiert sein. Die ganze Masse der Minderwertigen soll entweder in Anstalten verwahrt oder unfruchtbar gemacht werden. Kranke, die dauernd in Anstalten bleiben, sollen nicht sterilisiert werden; dagegen sollen sonst entlassungsfähige Insassen, von denen ohne Sterilisierung voraussichtlich minderwertige Nachkommen zu erwarten wären, nur dann entlassen werden, wenn sie sich unfruchtbar machen lassen. Es läßt sich nicht leugnen, daß die Durchführung eines derartigen großzügigen Programms zur Gesundung der Rasse sehr wesentlich beitragen würde. Durchführbar dagegen dürfte es vorerst auch in Amerika wohl nicht sein.

In allen Staaten Europas fehlt es bisher an einer gesetzlichen Regelung der Unfruchtbarmachung. Die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene hat daher in ihren Leitsätzen von 1914 mit Recht eine „gesetzliche Regelung des Vorgehens in solchen Fällen, wo Unterbrechung der Schwangerschaft oder Unfruchtbarmachung ärztlich geboten erscheint“, gefordert. Die Sterilisierung darf natürlich nicht einfach freigegeben werden, weil das zu den größten Mißbräuchen Anlaß geben könnte. Nun ist aber im deutschen Strafgesetz die Unfruchtbarmachung tatsächlich nicht verboten; denn der Körperverletzungsparagraph kann darauf bei Einwilligung des Operierten offenbar nur mittels einer recht gekünstelten Auslegung angewandt werden. Es ist daher zu fordern, daß eine neue Strafbestimmung aufgestellt werde, welche die unge-

nügend begründete Unfruchtbarmachung verbietet, die Unfruchtbarmachung aber zuläßt, wenn ein Sachverständigenausschuß sich für ihre Zweckdienlichkeit im Einzelfall ausspricht. Weil bisher ein ausdrückliches Verbot überhaupt fehlt, ist die rassenhygienische Sterilisierung eigentlich schon heute zulässig. Das ist z. B. auch die Meinung des bekannten Strafrechtslehrers Prof. Rosenfeld in Münster, der dieselbe „als bereits de lege lata zu Recht bestehend“ erklärt. Aber die Entscheidung sollte nicht dem privaten Arzte überlassen sein, sondern einem beamteten Arzte, etwa dem oben geforderten amtlichen Eheberater oder einem rassenhygienischen Fachausschuß. In den amerikanischen Staaten, welche die rassenhygienische Sterilisierung eingeführt haben, ist die mißbräuchliche Sterilisierung mit schwerer Strafe bedroht.

Auch bei uns wäre es meines Erachtens an der Zeit, praktisch an die Sterilisierung Minderwertiger heranzugehen, Was, wie gesagt, weder dem Wortlaute noch dem Geiste unserer Gesetzgebung widersprechen würde. Ob die zwangsmäßige Sterilisierung Minderwertiger gegen ihren Willen überhaupt zweckmäßig sei, möge dahingestellt bleiben; diese dürfte bei uns zum mindesten verfrüht sein. Zu freiwilliger Unfruchtbarmachung aber würden sicher sehr viele Minderwertige sich auch bei uns voraussichtlich geradezu drängen, weil ihnen die Aussicht, Kinder zu erzeugen, meist sehr unangenehm ist. Es sollten daher zugleich mit dem gesetzlichen Verbot unbegründeter Sterilisierung Ausschüsse eingesetzt werden, bei denen Kranke ihre Unfruchtbarmachung beantragen könnten. Ärztliche Eheberater sollten minderwertigen Personen, die ihren Rat in Anspruch nehmen, zur Sterilisierung raten. Auch bei Gerichtsverfahren wie Entmündigungen, Vaterschaftsklagen und Strafprozessen würde sich oft Gelegenheit dazu bieten.

Gelegentlich ist auch die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft (künstliche Fehlgeburt) als Mittel der Rassenhygiene empfohlen worden. Diese ist im Unterschied von der Unfruchtbarmachung ausdrücklich im deutschen Strafgesetze verboten, es sei denn, dass sie zur Abwendung schwerer unmittelbarer Gefahr für Leib und Leben der Mutter erforderlich ist. Eine rassenhygienische Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft wird rechtlich nicht anerkannt. In der Tat ist sie auch nur ein wenig geeignetes Mittel der Rassenhygiene, da sie nur die gerade vorhandene Frucht betrifft, die Fruchtbarkeit der Eltern aber nicht aufhebt. Grundsätzlich aber sollte meines Erachtens auch eine Unterbrechung der Schwangerschaft aus rassenhygienischen Gründen zugelassen werden, aber auch hier nicht nach dem Ermessen des einzelnen Arztes, sondern nach dem eines besonderen Fachausschusses. Unbedingt abzulehnen ist die Forderung, daß jede Frau nach Belieben eine Frucht abtreiben lassen dürfe, wie sie von der individualistischen Frauenbewegung vertreten worden und im Jahre 1920 von sozialdemokratischer Seite als Antrag im Reichstag eingebracht worden ist. Da auch heute schon viel Mißbrauch mit der Unterbrechung der Schwangerschaft getrieben wird, wäre sogar eine Verschärfung der Bestimmungen darüber erwünscht, dahingehend, daß der Arzt jeden Fall dem zuständigen Amtsarzte mit Begründung zu melden hätte. Durch die Zulassung der Schwangerschafts-Unterbrechung aus rassenhygienischen Gründen nach dem Gutachten von Sachverständigen aber würde der gesetzwidrigen Abtreibung sogar bis zu einem gewissen Grade entgegengewirkt werden können. Nach dem ungeheuren Umfange, den

diese heute hat, würden bei den Sachverständigenausschüssen voraussichtlich zahlreiche Anträge einlaufen, von denen nur einem kleinen Teil entsprochen werden könnte; und die Abgewiesenen würden sich dann immerhin mehr als heute scheuen, einen gesetzwidrigen Eingriff vornehmen zu lassen, nachdem ihr Zustand einmal bekannt wäre. In Fällen, wo dem Antrage stattgegeben würde, sollte gleichzeitig der Rat zur Sterilisierung erteilt werden, dem die Minderwertigen in diesem Falle voraussichtlich besonders gern zustimmen würden, nachdem sie am eigenen Leibe erfahren hätten, wie unerwünscht ihnen die Fortpflanzung wäre.

Gegen die rassenhygienische Sterilisierung werden selbstverständlich auch mancherlei Einwände erhoben, wie das ja bei ungewohnten Gedanken nicht anders zu erwarten ist. Mit den individualistischen Einwänden, welche darin eine Beeinträchtigung der Freiheit der Persönlichkeit sehen, will ich mich nicht weiter befassen, weil hier keine zwangsmäßige, sondern nur eine freiwillige Sterilisierung mit Zustimmung der zu Operierenden befürwortet wird.

Der häufigste Einwand, der zugleich auch gegen rassenhygienische Eheverbote vorgebracht zu werden pflegt, ist der, daß wir über die Erblichkeit menschlicher Anlagen noch zu wenig wüßten, um derartig einschneidende Maßnahmen rechtfertigen zu können. Dieser Einwand ist zweifellos nicht berechtigt. In nicht wenigen Fällen lassen sich schon heute sichere Voraussagen in bezug auf die Erbanlagen der einzelnen Kinder machen. Die Möglichkeit von Wahrscheinlichkeitsvoraussagen soll weiter unten unter der privaten Rassenhygiene besprochen werden. Es kann gar nicht ernsthaft bestritten werden, daß die Fortpflanzung von Geisteskranken, schweren Psychopathen, Säufnern, Schwindsüchtigen, Tauben, Blinden, Zuckerkranken usw. ganz überwiegend Unheil bringt. Und der Umstand, daß wir in den meisten Fällen nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit minderwertige Beschaffenheit der Nachkommen voraussagen können, bildet keinen vernünftigen Grund gegen die Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger, sondern vielmehr dafür. Im praktischen Leben kann sich unser Handeln immer nur nach Wahrscheinlichkeiten richten. Wenn nur ein Handeln nach unbedingt sicheren Voraussagen zulässig wäre, so würde unsere ganze Staatsmaschine stillstehen müssen. Die Wahrscheinlichkeit des Nutzens und die des Schadens müssen sorgfältig gegeneinander abgewogen werden, und es ist unverantwortlich, Einrichtungen, deren überwiegender Nutzen offenkundig ist, nur deswegen zu bekämpfen, weil in Ausnahmefällen auch einmal Schaden dadurch gestiftet werden könnte.

Sehr beliebt ist auch der Einwand, daß die Verhinderung der Fortpflanzung Schwacher und Kranker eine Gefahr für die Kultur darstelle. Man weist wohl darauf hin, daß manche der größten „Genies“ von psychopathischen Eltern abstammten. Hätte es da nicht sein können, daß z. B. die Eltern eines Kant, Goethe oder Beethoven an der Fortpflanzung gehindert worden wären? Es ist sehr bezeichnend für die individualistische Einstellung mancher Zeitgenossen, daß sie rückwärtsschauend immer wieder an Einzelfällen hängen bleiben und dadurch den Blick für die Zukunft und für das Ganze verlieren. Ich glaube, niemand wird im Ernst behaupten wollen, daß von jenen Gruppen Minderwertiger, deren Unfruchtbarmachung hier befürwortet worden ist, ebenso oft oder gar häufiger hochbegabte Nachkommen zu erwarten seien als von

tüchtigen Eltern. Nun ist es aber Tatsache, daß schon heute alljährlich Millionen Geburten absichtlich verhindert werden; und wie wir ausführlich erörtert haben, wird die absichtliche Verhütung leider in größerem Umfange von den überdurchschnittlich Begabten als von den unterdurchschnittlich Begabten ausgeübt. Infolgedessen bleiben natürlich auch zahlreiche hochbegabte Menschen und auch nicht wenige Genies ungeboren. Über diese Tatsache kommen wir nicht hinweg. Um so mehr haben wir allen Grund danach zu streben, daß die Geburtenverhütung vorwiegend die Minderwertigen betrifft, und dazu ist die Sterilisierung ein geeignetes Mittel. Indem dadurch der Lebensraum für Tüchtige erweitert wird, wird auch zugleich die Wahrscheinlichkeit der Geburt bedeutender Geister erhöht. Nicht die Rassenhygiene ist also eine Gefahr für die Kultur, sondern die kurzsichtige Anfeindung der Rassenhygiene.

Ein brauchbares Mittel zur Verhinderung der Fortpflanzung Minderwertiger ist auch ihre Unterbringung in geschlossenen Anstalten, die sogenannte Asylierung. Besonders Grotjahn ist dafür eingetreten, daß nicht nur alle Geisteskranken und gemeingefährlichen Verbrecher, sondern auch Schwachsinnige, Vagabunden, Trunksüchtige, ja auch körperlich Minderwertige dauernd in Anstalten verwahrt werden sollen, und er fordert mit Recht eine gesetzliche Regelung der Zwangsasylierung. In Nordamerika wird von der Asylierung aus rassenhygienischen Gründen bereits in ziemlich großem Umfange Gebrauch gemacht. In England ist durch Gesetz vom Jahre 1913 Vorsorge getroffen, daß Personen, welche infolge geistiger Anomalie verbrecherisch veranlagt sind, dauernd verwahrt werden. Soweit die Verwahrung aus Rücksicht auf den Schutz der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Individuen oder andererseits aus Rücksicht auf die Pflegebedürftigkeit der Asylierten nötig erscheint, ist sie natürlich die einzig gegebene Methode. Wo es dagegen nur auf die Verhütung der Fortpflanzung ankommt, ist sie eine viel umständlichere, teurere und von den Betroffenen in vielen Fällen viel schmerzlicher empfundene Maßnahme als die Sterilisierung. Die beste Lösung wäre daher wohl die von Laughlin vorgeschlagene: Alle nicht gemeingefährlichen erblich Minderwertigen, soweit sie nicht der Anstaltspflege bedürfen, sollten unter der Bedingung freigelassen werden, daß sie sich sterilisieren ließen. Sehr viele, wahrscheinlich die allermeisten würden sicher gern dazu bereit sein. Solange aber die Sterilisierung bei uns nicht eingeführt ist, muß man die Asylierung aller erblich stärker Minderwertigen von möglichst früher Jugend an befürworten.

Für die Ausmerzung der Minderwertigen kommt auch der Strafrechtspflege eine gewisse Bedeutung zu; diese würde ihren Zweck, den Schutz der Gesellschaft, sogar viel wirksamer als heute erfüllen, wenn sie sich ganz bewußt die rassenhygienische Denkweise zu eigen machen würde, wie das v. Hentig in seinem Buche über „Strafrecht und Auslese“ getan hat. In Frankreich sollen nach einem Gesetz von 1885 Gewohnheitsverbrecher dauernd interniert werden. Auch die Staaten Washington, Indiana und New York haben die lebenslängliche Einsperrung wiederholt rückfälliger Verbrecher eingeführt, Neu-Süd-Wales und Neu-Seeland auf unbestimmte Zeit, England und Norwegen auf 10 oder 15 Jahre. Ähnlich wirkt die Deportation, welche in Frankreich und Portugal gebräuchlich ist. In dem Entwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch von 1919 ist die Bestimmung enthalten, daß Personen, die wegen fehlender Zurechnungsfähigkeit außer Verfolgung gesetzt oder freigesprochen

werden oder die als vermindert zurechnungsfähig verurteilt werden, in "einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt verwahrt werden sollen, wenn die öffentliche Sicherheit das erfordert. Ebenso soll bei gewerbs- oder gewohnheitsmäßigen Verbrechern auf Sicherungs-Verwahrung neben der Strafe erkannt werden. Es wäre dringend zu wünschen, daß diese Bestimmung Gesetz würde und auch in ausgiebigem Maße durchgeführt würde. Bei manchen amerikanischen Gerichtshöfen, z. B. in Chicago, hat man psychiatrische Abteilungen eingerichtet, in denen von vornherein jeder Angeklagte darauf untersucht wird, ob er für Asylierung geeignet ist.

Schließlich möge hier noch kurz die Frage der Euthanasie erwähnt werden, d. h. ob es nicht angezeigt wäre, idiotische oder schwer mißbildete Individuen, deren Leben auch für sie selbst, soweit sie überhaupt ein Selbstbewußtsein haben, nur ein Unglück ist, bald nach der Geburt zu töten. Für die Rassenhygiene hat die Euthanasie keine große Bedeutung, weil die dafür in Betracht kommenden Individuen ohnehin nicht zur Fortpflanzung gelangen; es handelt sich vielmehr vorzugsweise um eine Frage der Humanität. Selbst die altspartanische Aussetzung mißratener Kinder ist noch ungleich humaner als die gegenwärtig im Namen des „Mitleids“ geübte Aufzucht auch der unglücklichsten Kinder.

Quelle: Lenz, Fritz. 1921. Menschliche Auslese und Rassenhygiene. München: J. F. Lehmanns Verlag, S. 125-132.

7.2 Alfred Hoche: Ärztliche Bemerkungen (1920)

Alfred Hoche (1865-1943) war ein deutscher Psychiater, der u.a. als Kritiker von Emil Kraepelin und Sigmund Freud bekannt wurde. Traurige Berühmtheit erlangte er durch die im Jahre 1920 gemeinsam mit dem Juristen Karl Binding verfaßte Schrift über „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Den Hauptgegenstand meiner ärztlichen Stellungnahme zu den rechtlichen Ausführungen soll die Beantwortung der [...] Frage bilden: „Gibt es Menschenleben, die so stark die Eigenschaft des Rechguts eingeüßt haben, dass ihre Fortdauer für die Lebensträger wie für die Gesellschaft dauernd allen Wert hat?“

Diese Frage ist im Allgemeinen zunächst mit Bestimmtheit zu bejahen; im Einzelnen ist dazu folgendes zu sagen. Die im juristischen Teile vollzogene Darstellung der zwei Gruppen von hierhergehörigen Fällen entspricht den tatsächlichen Verhältnisse; der gemeinsame Gesichtspunkt des nicht mehr vorhandenen Lebenswertes fasst aber sehr verschiedenartiges zusammen; bei der ersten Gruppe der durch Krankheit oder Verwundung unrettbar Verlorenen wird nicht immer der subjektive und der objektive Lebenswert gleichmäßig aufgehoben sein, während bei der zweiten, auch zahlenmäßig größeren Gruppe der unheilbar Blödsinnigen, die Fortdauer des

Lebens weder für die Gesellschaft noch für die lebensträger selbst irgendwelchen Wert besitzt.

Zustände endgültigen unheilbaren Blödsinns oder wie wir in freundlicherer Formulierung sagen wollen: Zustände geistigen Todes sind für den Arzt, insbesondere für den Irrenarzt und Nervenarzt etwas recht Häufiges.

Man trennt sie zweckmäßigerweise in zwei große Gruppen:

1. in diejenigen Fälle, bei denen der geistige Tod im späteren Verlaufe des Lebens nach vorausgehenden Zeiten geistiger Vollwertigkeit, oder wenigstens Durchschnittlichkeit erworben wird;

2. in diejenigen, die auf Grund angeborener oder in frühester Kindheit einsetzender Gehirnveränderungen entstehen.

Für die nicht ärztlichen Leser sei erwähnt, dass in der ersten Gruppe Zustände geistigen Todes erreicht werden: bei denen Greisenveränderungen des Gehirns, dann bei der so genannten Hirnerweichung der Laien, der Dementia paralytica, weiter auf Grund arteriosklerotischer Veränderungen im Gehirn und endlich bei der großen Gruppe der jugendlichen Verblödungsprozesse (Dementia praecox), von denen aber nur ein gewisser Prozentsatz die höchsten Grade geistiger Verödung erreicht.

Bei der zweiten Gruppe handelt es sich entweder um grobe Missbildungen des Gehirns, fehlen einzelne Teile (in größerem oder geringerem Umfange), um Hemmungen der Entwicklung während der Existenz im Mutterleib, die auch in die ersten Lebensjahre hinein weiter wirken können, oder um Krankheitsvorgänge der ersten Lebenszeit, die bei einem an sich normal angelegten Hirnorgan die Entwicklung sistieren; häufig sind damit epileptische Anfälle oder andere motorische Reizerscheinungen verbunden).

Bei beiden Gruppen können gleich hohe Grade der geistigen Ode vorhanden sein. Für unsere Zwecke aber ist doch ein Unterschied zu beachten, ein Unterschied in dem Zustande des geistigen Inventars, der vergleichsweise derselbe ist, wie zwischen einem regellos herumliegenden Haufen von Steinen, an die noch keine bildenden Hand gerührt hat, und den Steintrümmern eines zusammengestürzten Gebäudes. Der Sachverständige vermag in der Regel, auch ohne Kenntnis der Vorgeschichte eines geistig toten Menschen und ohne körperliche Untersuchung, aus der Art des geistigen Defektbildes die Unterscheidung der früh und der spät erworbenen Zustände zu machen.

Auch in den Beziehungen der zwei verschiedenen Arten geistig Toter zur Umwelt ist ein wesentlicher Unterschied für unsere Betrachtung vorhanden. Bei den ganz früh erworbenen hat niemals ein geistiger Rapport mit der Umgebung bestanden; bei den spät erworbenen ist dies vielleicht im reichsten Maße der Fall gewesen. Die Umgebung, die Angehörigen und Freunde haben deswegen zu diesen Letzteren subjektiv einen ganz anderen Verhältniss; geistig Tote dieser Art können einen ganz anderen „Affektionswert“ erworben haben; ihnen gegenüber bestehen Gefühle der Dankbarkeit; zahlreiche, vielleicht stark gefühlsbetonte Erinnerungen der gesunden Umgebung bei dem Kranken keinerlei Widerhall mehr finden.

Aus diesem Grunde wird für die Frage der etwaigen Vernichtung nicht lebenswerter Leben aus der Reihe der geistig Toten, je nachdem sie der einen oder anderen Kategorie angehören, ein verschiedener Maßstab anzuwenden sein.

Auch in Bezug auf die wirtschaftliche und moralische Belastung der Umgebung, der Anstalten, des Staates usw. bedeuten die geistig Toten keineswegs immer das Gleiche. Die geringste Belastung in dieser Richtung wird durch die Fälle von Hirnerweichung der einen oder andern Art gegeben, die von dem Momente an, in welchem von geistigen völligen Tode gesprochen werden kann, in der Regel nur noch eine Lebensspanne von wenigen Jahren (höchstens) vor sich haben.

Einen ein wenig weiteren Spielraum finden wir bei den Fällen von Greisenblödsinn. Die durch die jugendlichen Prozesse geistig Verödeten können unter Umständen in diesem Zustande noch 20 oder 50 Jahre leben, während bei den Fällen von Vollidiotie auf Grund allerfrühster Veränderungen eine Lebensdauer und damit die Notwendigkeit fremder Fürsorge von zwei Menschenaltern und darüber erwachsen kann.

In wirtschaftlicher Beziehung würden also diese Vollidioten, ebenso wie sie auch am ehesten alle Voraussetzungen des vollständigen geistigen Todes erfüllen, gleichzeitig diejenigen sein, deren Existenz am schwersten auf der Allgemeinheit lastet. Diese Belastung ist zum Teil finanzieller Art und berechenbar an der hand der Aufteilung der Jahresbilanzen der Anstalten. Ich habe es mir angelegen sein lassen, durch eine Rundfrage bei sämtlichen deutschen in Frage kommenden Anstalten mir hierüber brauchbares Material zu verschaffen. Es ergibt sich daraus, dass der durchschnittliche Aufwand pro Kopf und Jahr für die Pflege der Idioten bisher 1300 M. betrug. Wenn wir die Zahl der in Deutschland zurzeit gleichzeitig vorhandenen, in Anstaltspflege¹⁴ befindlichen Idioten zusammenrechnen, so kommen wir schätzungswei-

¹⁴ Abgesehen von den zahlreichen lokalen Bezirksanstalten und den 149 öffentlichen Anstalten, die sowohl der Pflege Geisteskranker wie der von Epileptikern und Idioten dienen, finden wir unter 159 im gleichen Sinne tätigen Privatanstalten eine große Zahl solcher, die Eigentum von Vereinen, religiösen Genossenschaften oder wohltätigen Stiftungen sind; davon sind 43 für Idioten und Epileptische bestimmte von konventionellem Charakter; 27 davon sind Eigentum religiöser Orden (Hans Laehr; die Anstalten für psychisch kranke, Berlin bei G. Reimer, 1907).

Die oben angegebene geschätzte Gesamtzahl der Idioten deckt sich nicht mit der Zahl der geistig völlig Toten; die Abgrenzung des Begriffes der Idiotie gegen die mittleren Zustände von Geistesschwäche ist keine ganz scharfe und lässt der persönlichen Anschauung einen gewissen Spielraum; immerhin werden (auf meine Anfrage hin) doch 3 – 4000 Fälle als solche bezeichnet, bei denen keinerlei geistiges Leben, kein Rapport zur Umgebung usw. zu finden ist.

Der älteste mir gemeldete geistig Tote ist 80 Jahre; zahlreiche sind zwischen 60 und 70; die Vorstellung, dass der Mangel an geistigen Lebens auf die körperliche Existenz einen großen Einfluss übe, ist also nicht aufrechtzuerhalten; ein Teil der Idioten allerdings stirbt an Hirnveränderungen in früherem Alter.

se etwa auf eine Gesamtzahl von 20 – 30 000. Nehmen wir für den Einzelfall eine durchschnittliche Lebensdauer von 50 Jahren an, so ist leicht zu ermessen, welches ungeheure Kapital in Form von Nahrungsmitteln, Kleidung und Heizung, dem Nationalvermögen für einen unproduktiven Zweck entzogen wird.

Die Anstalten, die der Idiotenpflege dienen, werden anderen Zwecken entzogen; soweit es sich um Privatanstalten handelt, muss die Verzinsung verrechnet werden; ein Pflegepersonal von vielen tausend Köpfen wird für diese gänzlich unfruchtbare Aufgabe festgelegt und fördernder Arbeit entzogen; es ist eine peinliche Vorstellung, dass ganze Generationen von Pflegern neben diesen leeren Menschenhüllen dahinaltern; von denen nicht wenige 70 Jahre und älter werden.

Die Frage, ob der für diese Kategorie von Ballastexistenzen sei, war in den verflossenen Zeiten des Wohlstandes nicht dringend; jetzt ist es anders geworden, und wir müssen uns ernstlich mit ihr beschäftigen. Unsere Lage ist wie die der Teilnehmer an einer schwierigen Expedition, bei welcher die größtmögliche Leistungsfähigkeit aller die unerlässliche Voraussetzung für das Gelingen der Unternehmung bedeutet, und bei der kein Platz ist für Halbe-, Viertel und Achtel-Kräfte. Unsere deutsche Aufgabe wird für lange Zeit sein: eine bis zum höchsten gesteigerte Zusammenfassung aller Möglichkeiten, ein Freimachen jeder verfügbaren Leistungsfähigkeit für fördernde Zwecke. Der Erfüllung dieser Aufgabe steht das moderne Bestreben entgegen, möglichst auch die Schwächlinge aller Sorten zu erhalten, allen den auch zwar nicht geistig toten, aber doch ihrer Organisation nach minderwertigen Elementen Pflege und Schutz angedeihen zu lassen – Bemühungen, die dadurch ihre besondere Tagweite erhalten, dass es bisher nicht möglich gewesen, auch nicht im Ernste versucht worden ist, diese Defektmenschen von der Fortpflanzung auszuschließen.

Die ungeheure Schwierigkeit jedes Versuches, diesen Dingen irgendwie auf gesetzgeberischem Wege beizukommen, wird noch lange bestehen, und auch der Gedanke, durch Freigabe der Vernichtung völlig wertloser, geistig Toter eine Entlastung für unsere nationale Überbürdung herbeizuführen, wird zunächst vielleicht noch für weite Zeitstrecken lebhaftem, vorwiegend gefühlsmäßig vermitteltem Widerspruch begegnen, der seine Stärke aus sehr verschiedenen Quellen beziehen wird (Abneigung gegen das Neue, Ungewohnte, religiöse Bedenken, sentimentale Empfindungen usw.). In einer auf Erreichung möglichst greifbarer Ergebnisse gerichteten Untersuchung, wie der vorliegenden, soll daher dieser Punkt zunächst in der Form der theoretischen Erörterung der Möglichkeiten und Bedingungen, nicht aber in der des „Antrags“ behandelt werden.

Bei allen Zuständen der Wertlosigkeit infolge geistigen Todes findet sich ein Widerspruch zwischen ihrem subjektiven Rechte auf Existenz und der objektiven Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit.

Die Art der Lösung dieses Konfliktes war bisher der Maßstab für den Grad der in den einzelnen Menschheitsperioden und in den einzelnen Bezirken dieses Erdballs erreichten Humanität, zu deren heutigem Niveau ein langer mühsamer Entwick-

lungsgang über die Jahrtausende hin, zum Teil unter wesentlicher Mitwirkung christlicher Vorstellungsreihen, geführt hat.

Von dem Standpunkte einer höheren staatlichen Sittlichkeit aus gesehen kann nicht wohl bezweifelt werden, dass in dem Streben nach unabdingbarer Erhaltung lebensunwerter Leben Übertreibungen geübt worden sind. Wir haben es, von fremden Gesichtspunkten aus, verlernt, in dieser Beziehung den staatlichen Organismus im selben Sinne wie ein Ganzes mit eigenen Gesetzen und Rechten zu betrachten, wie ihn etwa ein in sich geschlossener menschlicher Organismus darstellt, der, wie wir Ärzte wissen, im Interesse der Wohlfahrt des Ganzen auch einzelne wertlos gewordene oder schädliche Teile oder Teilchen preisgibt oder abstößt.

Ein Überblick über die oben aufgestellte Reihe der Ballastexistenzen und ein kurzes Nachdenken zeigt, dass die Mehrzahl davon für die Frage einer bewussten Abstoßung, d.h. Beseitigung nicht in Betracht kommt. Wir werden auch in den Zeiten der Not, denen wir entgegengehen, nie aufhören wollen, körperlich Defekte und Sieche zu pflegen, solange sie nicht geistig tot sind, wir werden nie aufhören, körperlich und geistig Erkrankte bis zum Äußersten zu behandeln, solange noch irgendeine Aussicht auf Änderung ihres Zustandes zum Guten vorhanden ist; aber wir werden vielleicht eines Tages zu der Auffassung heranreifen, dass die Beseitigung der geistig völlig Toten kein Verbrechen, keine unmoralische Handlung, keine gefühlsmäßige Rohheit, sondern einen erlaubten nützlichen Akt darstellt.

Hier interessiert uns nun zunächst die Frage, welche Eigenschaften und Wirkungen den Zuständen geistigen Todes zukommen. In äußerlicher Beziehung ist ohne weiteres erkennbar: der Fremdkörpercharakter der geistig Toten im Gefüge der menschlichen Gesellschaft, das Fehlen irgendwelcher produktiver Leistungen, ein Zustand völliger Hilflosigkeit mit der Notwendigkeit der Versorgung durch Dritte.

In Bezug auf den inneren Zustand würde zum Begriff des geistigen Todes gehören, dass nach der Art der Hirnbeschaffenheit klare Vorstellungen, Gefühle oder Willensregungen nicht entstehen können, dass keine Möglichkeit der Erweckung eines Weltbildes im Bewusstsein besteht, und dass keine Gefühlsbeziehungen zur Umwelt von den geistig Toten ausgehen können, (wenn sie auch natürlich Gegenstand der Zuneigung von Seiten Dritter sein mögen).

Das Wesentliche aber ist das Fehlen der Möglichkeit, sich der eigenen Persönlichkeit bewusst zu werden, das Fehlen des Selbstbewusstseins. Die geistig Toten stehen auf einem intellektuellen Niveau, das wir erst tief unten in der Tierreihe wiederfinden, und auch die Gefühlsregungen erheben sich nicht über die Linie elementarster, an das animalische Leben gebundener Vorgänge.

Ein geistig Toter ist somit auch nicht imstande, innerlich einen subjektiven Anspruch auf Leben erheben zu können, ebenso wenig wie er irgendwelcher anderen geistiger Prozesse fähig wäre.

Dieses letztere Moment ist nur scheinbar unwesentlich; in Wirklichkeit hat es seine Bedeutung in dem Sinne, dass die Beseitigung eines geistig Toten einer sonstigen Tötung nicht gleichzusetzen ist. Schon rein juristisch bedeutet die Vernichtung eines Menschenlebens keineswegs immer dasselbe.

Die Unterschiede liegen nicht nur in den Motiven des Tötenden, (je nachdem: Mord, Totschlag, Fahrlässigkeit, Notwehr, Zweikampf usw.), sondern auch in dem Verhältnis des Tötenden zu seinem Anspruch auf Leben. Während die vorsätzliche überlegte Tötung gegen den Willen eines Menschen die Todesstrafe nach sich zieht, wird die Tötung auf Verlangen nur mit ein paar Jahren Gefängnis geahndet. Der Akt des Eingreifens in fremdes Leben ist dabei jedes Mal derselbe. Die Tötung auf Verlangen wird dabei im Zweifelsfalle eher noch eine kühlere, planmäßigere, reiflicher überlegte Handlung bedeuten, als der Mord, und doch wird sie unter anderem darum so viel milder aufgefasst, weil der zu Tötende sich seines subjektiven Anspruches auf das Leben begeben hat, und im Gegenteil sein Recht auf den Tod geltend macht.

(An dieser Betrachtung ändert sich dadurch nichts, dass es auch heilbare Geistesranke gibt, die keinen subjektiven Anspruch auf Leben, im Gegenteil sogar energischen Anspruch auf die Vernichtung machen, die aber, weil es sich um krankhafte Motive episodischer Art handelt, in ihrem Wollen überhaupt keine Berücksichtigung verdienen, diese Fälle sind übrigens von dem Zustande des geistigen Todes weit entfernt.)

Im Falle der Tötung eines geistig Toten, der nach Lage der Dinge, vermöge seines Hirnzustandes, nicht imstande ist, subjektiven Anspruch auf irgendetwas, u. a. also auch sein subjektiver Anspruch verletzt.

Es ergibt sich aus dem, was über den inneren Zustand der geistig Toten zu sagen war, auch ohne weiteres, dass es falsch ist, ihnen gegenüber den Gesichtspunkt des Mitleids geltend zu machen; es liegt dem Mitleid mit dem lebensunwerten Leben der unausrottbare Denkfehler oder besser Denkmangel zugrunde, vermöge dessen die Mehrzahl der Menschen in fremde lebende Gebilde hinein ihr eigenes Denken und Fühlen projiziert, ein Irrtum, der auch eine der Quellen der Auswüchse des Tierkultus beim europäischen Menschen darstellt. „Mitleid“ ist den geistig Toten gegenüber im Leben und im Sterbensfall die an letzter Stelle angebrachte Gefühlsregung; wo kein Leiden ist, ist auch kein mit - Leiden.

Trotz alledem wird in dieser neuen Frage nur ein ganz langsam sich entwickelnder Prozess der Umstellung und Neueinstellung möglich sein. Das Bewusstsein der Bedeutungslosigkeit der Einzelexistenz, gemessen an den Interessen des Ganzen, das Gefühl einer absoluten Verpflichtung zur Zusammenraffung aller verfügbarer Kräfte unter Abstoßung aller unnötigen Aufgaben, das Gefühl, höchst verantwortlicher Teilnehmer einer schweren und leidensvollen Unternehmung zu sein, wird in viel höherem Maße, als heute, Allgemeinbesitz werden müssen, ehe die hier ausgesprochenen Anschauungen volle Anerkennung finden können. Die Menschen sind im Allgemeinen großer und starker Gefühle nur ausnahmsweise und immer nur für kurze Zeit fähig; deswegen machen besondere Einzelbestätigungen in dieser Richtung einen so großen Eindruck. Wir lesen mit tragischem Mitgefühl in Greelys Polarbericht, wie er genötigt ist, um die Lebenswahrscheinlichkeit der Teilnehmer zu erhöhen, einen der Genossen, der sich an die Rationierung nicht hielt und durch unerlaubtes Essen Gefahr für alle wurde, von hinten erschießen zu lassen, da er ihnen allen an Körperkräften überlegen geworden war; ein berechtigtes Mitleid überkommt uns, wenn wir lesen, wie Kap. Scott und seine Begleiter auf der Heimkehr vom Süd-

pol im Interesse des Lebens der Übrigen schweigend das Opfer annahmen, dass ein Teilnehmer freiwillig das Zelt verließ, um draußen im Schnee zu erfrieren.

Ein kleiner Teil solcher heroischen Seelenstimmungen müsste uns beschieden sein, ehe wir an die Verwirklichung der hier theoretisch erörterten Möglichkeiten herantreten können.

Sache der ärztlichen Beurteilung ist schließlich alles, was sich in dem Zusammenhange unserer Darstellung auf die Notwendigkeit technischer Sicherungen gegen irrtümliches oder missbräuchliches Vorgehen bezieht.

Zunächst wird selbstverständlich die Idee auftauchen, dass die Verwirklichung der hier ausgesprochenen Gedanken kriminellen Missbräuchen die Türe öffnen könnte. Vermöge des ständig wachen Misstrauens, das der normale Staatsbürger vielfach gesetzgeberischen Dingen entgegenbringt, die irgendwie in seine private Existenz eingreifen, werden auch hier Möglichkeiten gewittert und ins Feld geführt werden. Es liegt dem dieselbe Richtung des Fühlens und Denkens zugrunde, die mühelos dazu kommt, anzunehmen, dass es für Wohlhabende eine Kleinigkeit sei, sich vermöge ärztlicher Atteste in Straffällen ihre Unzurechnungsfähigkeit bekunden zu lassen, die es dem Laien durchaus glaubhaft und wahrscheinlich macht, dass fortwährend Internierungen geistig Gesunder und Entmündigungen aus gewinnsüchtigen Motiven der Angehörigen erfolgen, Anschauungen, die sich sogar zu der gesetzgeberischen praktischen Unzweckmäßigkeit verdichtet haben, dass in der Entmündigungsfrage das Antragsrecht des Staatsanwaltes seinerzeit eingeschränkt worden ist (bei Trunksucht).

Die Sicherung gegen solche Auffassungen würde in einer sorgfältig zu behandelnden Technik zu schaffen sein.

In dieser Beziehung steht zunächst zur Erörterung, ob die Auswahl der Fälle, die für die Lebensträger selbst und für die Gesellschaft endgültig wertlos sind, mit solcher Sicherheit getroffen werden kann, dass Fehlgriffe und Irrtümer ausgeschlossen sind.

Es kann dies nur eines Laien Sorge sein. Für den Arzt besteht nicht der geringste Zweifel, dass diese Auswahl mit hundertprozentiger Sicherheit zu treffen ist, also mit einem ganz anderen Maße von Sicherheit, als etwa bei hinzurichtenden Verbrechern die Frage, ob sie geistig gesund, oder geistig krank sind, entscheiden werden kann.

Für den Arzt bestehen zahlreiche wissenschaftliche, keiner Diskussion mehr unterworfenen Kriterien, aus denen die Unmöglichkeit der Besserung eines geistig Toten erkannt werden kann, um so mehr, als für unsere ganze Fragestellung in vorderster Linie die von frühester Jugend an bestehenden Zustände geistigen Todes in Betracht kommen.

Natürlich wird kein Arzt schon bei einem Kinde im zweiten oder dritten Lebensjahr die Sicherheit dauernden geistigen Todes behaupten wollen. Es kommt aber noch in der Kindheit der Moment, in dem auch diese Zukunftsbestimmung zweifelsfrei getroffen werden kann.

Es ist in dem juristischen Teil dieser Schrift schon die Art der Zusammensetzung einer zur genauesten Prüfung der Lage berufenen Kommission besprochen

worden. Auch ich bin überzeugt, dass trotz des Beiklangles von Fruchtlosigkeit, den wir bei der Erwähnung des Wortes „Kommission“ innerlich hören, eine derartige Einrichtung notwendig sein würde. Die Erörterung der Einzelheiten halte ich für weniger dringend, als das Bekenntnis dazu, dass selbstverständlich die Voraussetzung für die Verwirklichung dieser Gedankengänge die Schaffung aller denkbaren Garantien nach jeder Richtung sein muss.

Von Goethe stammt das Bild des Entwicklungsganges wichtiger Menschheitsfragen, den er sich in Spiralform versinnlicht. Die Achse dieses Bildes ist die Tatsache, dass eine etwa an einem Stamme emporlaufende Spirallinie in gewissen Abständen immer wieder auf derselben Seite des Stammes ankommt und vorüberführt, aber jedes Mal ein Stockwerk höher.

Dieses Bild wird sich später einmal auch in dieser unserer Kulturfrage erkennen lassen. Es gab eine Zeit, die wir jetzt als barbarisch betrachten, in der die Beseitigung der lebensunfähig Geborenen oder Gewordenen selbstverständlich war; dann kam die jetzt noch laufende Phase, in welcher schließlich die Erhaltung jeder noch so wertlosen Existenz als höchste sittliche Forderung galt; eine neue Zeit wird kommen, die von dem Standpunkte einer höheren Sittlichkeit aus aufhören wird, die Forderungen eines überspannten Humanitätsbegriffes und einer Überschätzung des Wertes der Existenz schlechthin mit schweren Opfern dauernd in die Tat umzusetzen. Ich weiß, dass diese Ausführungen heute keineswegs überall schon Zustimmung oder auch nur Verständnis finden werden; dieser Gesichtspunkt darf Denjenigen nicht zum Schweigen veranlassen, der nach mehr als einem Menschenalter ärztlichen Menschendienstes das Recht beanspruchen kann, in allgemeinen Menschheitsfragen gehört zu werden.

Quelle: Binding, Karl & Hoche, Alfred. 1925. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig: Felix Meiner, S. 51-62.

7.3 Alfred Grotjahn: Die qualitative Rationalisierung der menschlichen Fortpflanzung (1926)

Alfred Grotjahn (1869-1931) war ein deutscher Arzt und Begründer der Sozialhygiene in Deutschland und wurde 1920 zum ersten ordentlichen Professor für dieses Fach an die Universität Berlin berufen.

Seine Theorie veröffentlichte er in seinem Hauptwerk *Soziale Pathologie*. In den 20er Jahren vertrat er zunehmend rassenhygienische und eugenische Ansätze und wurde auch Mitglied Gesellschaft für Rassenhygiene und trat für die Zwangsunterbringung und Zwangssterilisierung von Menschen mit erblichen Erkrankungen ein.

Das Wort "Entartung" in der hier gebrauchten Bedeutung ist natürlich wohl zu unterscheiden von der „Degeneration“, Entartung im eigentlich pathologisch-anatomischen oder klinischen Sinne als Bezeichnung der degenerativen Veränderungen der Zellen, Gewebe und Organe des Menschen. Entartung in unserem Sinne setzt vielmehr stets eine Vielheit von blutsverwandten Menschen und die Beziehung von Vorfahren zu Nachkommen voraus. Sie lässt sich umschreiben als eine körperliche oder geistige Verschlechterung der Nachkommen im Vergleich zu dem als vollkommen oder doch wenigstens nach dem Durchschnitt gemessen als im Wesentlichen fehlerfrei vorgestellten Vorfahren.

Leider haben die Soziologen, die man deshalb auch die organizistischen nennt, seit fünfzig Jahren die Öffentlichkeit daran gewöhnt, von Stämmen, Völkern, Nationen, überhaupt von allen Gruppen gesellschaftlich zusammengehöriger Individuen zu sprechen, als wären es Organismen im eigentlichen Sinne des Wortes. Sie tragen die Schuld, dass wir gedankenlos von Wachstum, Blüte, Altern, Entartung und Tod dieser Gemeinschaften sprechen, als ob hier Identitäten vorlägen und nicht lediglich Analogien. Demgegenüber kann nicht scharf genug betont werden, dass das natürliche Altern, das auf Entartungsvorgängen der Zellen eines Organismus beruht und seinen Schluss im Tode findet, zwar für das Individuum unausbleiblich, also ein normaler Vorgang ist, dass dieser Tod aber bei einer Gruppe von generativ zusammenhängenden Artgenossen durchaus anormalen Zustand bedeutet, der in keiner Weise naturgemäß begründet ist. Handelt es sich hier doch um Konglomerat von Individuen, das eine unerschöpfliche Anzahl neuer Individuen aus sich heraus entstehen lassen kann, so dass eine ewige Fortdauer nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern als naturgemäß vorausgesetzt werden muss.

Besonders von Völkern, die eine weltgeschichtliche Bedeutung erlangt haben, ist es uns geläufig, die Phasen des Wachstums, der Blüte und des Absterbens zu unterscheiden. Wir halten es für selbstverständlich, dass ein kulturell führendes Volk schließlich einmal vollständig verschwinden und einer, wie der Sprachgebrauch so irreführend sagt, "jungen" Nation weichen müsse. Wir machen uns selten klar, dass dieser Vorgang an und für sich nichts weniger als natürlich ist.

Ein weiterer Irrweg war es, die Erforschung des Entartungsproblems mit der Untersuchung zu beginnen, ob das kulturelle Absinken dieser Völker zunächst, wie die meisten Geschichtsforscher behaupten, ein moralisch, politisch oder ökonomisch bedingtes gewesen sei, dem die körperliche erst sekundär nachfolgte. Da uns von den großen Kulturvölkern des Altertums vorwiegend Daten aus ihrer politischen und kulturellen Betätigung erhalten sind, so ist diese Ansicht begreiflich, darf aber keineswegs als bewiesen, oder überhaupt als beweisbar angesehen werden. Weil die ärztliche, anthropologische und bevölkerungsstatistische Beobachtung erst seit kaum einem halben Jahrhundert zuverlässige Ergebnisse gibt, wissen wir über die Einzelheiten der mit dem Kulturverfall einhergehenden körperlichen Entartung zu wenig, um nachweisen zu können, dass diese Verschlechterung des körperlichen Substrates etwa das Primäre des Verfalles gewesen sei. Aber das Wenige genügt zu der Feststellung, dass der physische Verfall mindestens mit dem kulturellen und politischen Hand in Hand ging. Und das genügt vollkommen, um auch der Medizin und der Hygiene das

Recht und die Pflicht zu geben, die Ursachen dieses Verfalles mit den ihnen eigenen Methoden zu untersuchen.

Von beachtenswerter Seite ist der Versuch unternommen worden, von der Zuchtwahllehre Darwins aus sozusagen deduktiv das Wesen der Entartungsvorgänge zu erschließen. Namentlich 'W. SCHALLMAYER und A. PLOETZ haben die menschliche Fortpflanzung unter dem Einflusse von Auslese, Anpassung und Zuchtwahl betrachtet!). Aber weder diese ausschließliche Orientierung am Darwinismus noch die Bezeichnung "Rassenhygiene", die PLOETZ in den Sprachgebrauch eingeführt hat, sind ohne Bedenken.¹⁵ Denn den Objekten der Zoologie ist der Mensch doch gar zu sehr entwachsen, als dass Auslese und Zuchtwahl, deren spezielle Wirkung übrigens zurzeit selbst hier noch Gegenstand der heftigsten Kontroverse ist, zur Erklärung seines generativen Verhaltens ausreichen oder gar zur Richtschnur des generativen Verhaltens gemacht werden könnten. Es dürfte richtiger sein, die darwinistische Betrachtungsweise ihrem eigentlichen Felde, den Naturwissenschaften, zu überlassen und das Studium der körperlichen Entartung eines Bevölkerungskonglomerates von Menschen auf eine rein empirische Grundlage zu stellen, wozu gerade eine sozialpathologische Betrachtung zahlreiche Bausteine liefert, da sie, wie wir gesehen haben, überall auf allen erblichen Faktor stößt.

Damit soll nicht bestritten werden, dass die Auslese auch bei der menschlichen Fortpflanzung eine große, vielleicht entscheidende Rolle spielt. Nur ist diese Auslese keine natürlich mehr im Sinne des Darwinismus, sondern eine solche, die vorwiegend durch die Macht der sozialen Verhältnisse ausgeübt wird. Gerade dadurch wird aber die Fortpflanzungshygiene mit der sozialen Hygiene untrennbar eng verbunden.

Unsere sozialpathologischen Betrachtungen kamen mit Notwendigkeit zu dem Schluss, dass eine günstige soziale Umwelt auch auf die körperlichen Zustände günstig wirkt. Damit steht im Widerspruch die unleugbare Tatsache, dass die Familien der

¹⁵ SCHALLMAYER, W.: Die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit. Neuwied 1891. -PLOETZ, A.: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen. Berlin 1895. SCHALLMAYER, W.: Vererbung und Auslese in ihrer soziologischen und politischen Bedeutung. Studie über Volksentartung und Volkseugenik. 2. Aufl. Jena 1912.

Die von A. PLOETZ eingeführte Bezeichnung „Rassenhygiene“ hat deshalb zu Missverständnissen und Verwirrung namentlich bezüglich der Problemstellung geführt, weil gleichzeitig die arische Rassentheorie GOBINEAU'S eine Wiederbelebung erfuhr und manche Köpfe zu einer Verquickung mit der PLOETZschen Rassenhygiene verführte. Bei aller Wertschätzung des nordischen Rassenbestandteils unseres Volkes ist diese Verquickung ganz verschiedener Ideenkreise, die auf das mehrdeutige Wort "Rasse" zurückzuführen ist, abzulehnen und demgegenüber zu betonen, dass die Eugenik wie die Engländer nach dem Vorgange GALTONS, oder die Fortpflanzungshygiene, wie wir sie am besten nennen, eine objektive, für jede Gruppe von generativ miteinander verbundenen Individuen gültige Wissenschaft ist, ganz gleich, welcher Rasse im völkerekundlichen Sinne sie angehören.

Wohlhabenden die Neigung zeigen, allmählich auszusterben, und die von ihnen gebildeten Bevölkerungsschichten verschwinden würden, wenn sie nicht aus den unteren Volksschichten Zugang erhielten. Durch ein Sinken der Qualität, durch Entstehen einer von Geschlecht zu Geschlecht wachsenden Minderwertigkeit der einzelnen Familienmitglieder kann dieses Erlöschen nicht bewirkt werden. Denn wir sahen, dass depravierende und degenerierende Krankheiten in den Familien der Wohlhabenden bedeutend seltener sind als in den unbemittelten Schichten, und wir wissen auch, dass die einzelnen Individuen der bemittelten Bevölkerung größer, kräftiger, langlebiger und gesünder sind. Tatsächlich wird das Erlöschen dieser Familien und das langsame Verschwinden jener Schicht, die sich aus diesen Familien zusammensetzt, lediglich verursacht durch das Sinken der Quantität infolge der in diesen Familien sich herausbildenden Sitte oder Notwendigkeit, das Heiratsalter bei den Männern hinaufzurücken oder völlig ehelos zu bleiben oder die Geburten willkürlich zu beschränken. Das hat in einer von Medizinern noch nicht hinreichend gewürdigten Arbeit der schwedische Statistiker FAHLBECK am Beispiele des schwedischen Adels nachgewiesen.¹⁶ Auch von den städtischen Geschlechtern steht es wohl fest, dass sie ohne frischen Zuzug nach einer Anzahl von Generationen verschwinden. Mit guten Gründen ist sogar behauptet worden, dass die gesamte städtische Bevölkerung in kurzer Zeit ausstirbt und ihren Bestand oder ihr Wachstum der Zuwanderung, nicht aber eigener Kraft verdankt.

Das führt auf den Gegensatz von Stadt und Land in ihren Beziehungen zu den Gesundheitsverhältnissen der Bevölkerung. Das *ceteris paribus* der Aufenthalt auf dem Lande der Gesundheit zuträglicher ist als der in der Stadt, bedarf kaum noch eines besonderen Beweises. Nur liegt hier auf den Worten *ceteris paribus* der Nachdruck. Die gesundheitlichen Gefahren, die das Zusammenströmen so vieler Menschen auf einen engen Raum mit sich bringen, können wohl dadurch aufgehoben werden, dass diese Vereinigung vieler Individuen und die dadurch ermöglichte Arbeitsteilung und Arbeitssteigerung eine bei der zerstreuten ländlichen Bevölkerung ganz unmögliche hohe Kultur hervorbringt, die wieder zur Verbesserung der gesundheitlichen Zustände führt. Nach allem, was man über die Bevölkerungsbewegung der mittelalterlichen Städte in Erfahrung gebracht hat, war das in der Stadt gebürtige Volk allerdings nirgends in der Lage, aus eigenen Kräften seine Zahl zu erhalten. Sie bedurften vielmehr der fortwährenden Zuwanderung. Die Schuld an diesem Zustande trugen die Seuchen, die Hungersnöte und die überaus große Kindersterblichkeit.

Noch an der Schwelle der Neuzeit ist die Sterblichkeit in den Städten sehr groß. Nur mit großer Mühe hält sich die Bevölkerung auf ihrem normalen Stand. Im Laufe der Neuzeit besserten sich die Verhältnisse ein wenig; aber immer überstieg in den Städten doch die Zahl der Gestorbenen mehr oder weniger die der Geborenen. Erst die großartigen Assanierungsarbeiten, die Niederlegung der Festungswerke und

¹⁶ FAHLBECK, -P.: E. Der Adel Schwedens. Jena 1903.

die aufblühende Hygiene führten im neunzehnten Jahrhundert einen Umschwung herbei. Gegenwärtig haben zahlreiche europäische Städte sogar einen Überschuss der Geburten über die Gestorbenen; sie würden also auch aus eigener Kraft wachsen, wenn sie nicht fortwährend aus der Umgebung Zuwandernde anzögen. Eine hohe Sterblichkeit trägt jedenfalls gegenwärtig nicht die Schuld daran, dass die Städte nicht aus sich selbst ihren Bestand ersetzen oder einen Bevölkerungszuwachs vermissen lassen. Es liegt dies vielmehr an dem starken Geburtenrückgang infolge der besonders in den Städten schnell um sich greifenden Geburtenprävention.

Dass mit der Entwicklung zum Industriestaat durchaus nicht notwendigerweise eine körperliche Verkümmierung Hand in Hand gehen muss, zeigt uns vor allem das Beispiel Englands, des ältesten und einseitigsten Industrielandes, in dem gegenwärtig kaum noch 25 % der Bevölkerung auf dem Lande leben. In beneidenswertem Maße ist es in England geglückt, den unleugbaren Gefahren durch Assanierung der Städte, unwandelbarem Festhalten an weiträumiger Bauweise und durchgreifende Arbeiterschutzgesetzgebung zu begegnen. Obgleich England im Laufe des neunzehnten Jahrhunderts große Menschenmassen durch Auswanderung nach allen Teilen der Welt verloren hat und diese Auswanderer gewiss nicht die schwächsten Elemente waren, trotzdem ein beispielloser Aufschwung der gewerblichen Tätigkeit das Land entvölkerte und die Bewohner in die Fabriken, Werkstätten und Kontore der Stadt trieb, rechtfertigt der körperliche Zustand der Bewohner Großbritanniens keineswegs die Behauptung, dass die Bevölkerung körperlich minderwertig sei.

In den letzten Jahrzehnten hat die Kontroverse "Stadt und Land" in hygienischer Beziehung deshalb an Wichtigkeit verloren, weil die Grenzen sich immer mehr verwischen, indem die Städte ländlichen und die Dörfer städtischen Charakter annehmen. Die Unterschiede verlieren in hohem Maße dadurch an Deutlichkeit. Deshalb können allein die Zahlen der allgemeinen Bevölkerungsstatistik uns einen leidlich festen Anhaltspunkt für das Vorhandensein depravierender Tendenzen bieten.

Aber auch die Bevölkerungsstatistik gibt uns noch keinen hinreichenden Aufschluss. Denn es wäre wohl denkbar, dass eine Bevölkerung zwar eine geringe Sterblichkeit aufwiese und trotzdem in der Qualität der sie zusammensetzenden Individuen nachlässt. Über die Güte der durchschnittlichen Konstitutionen sagt eine günstige Bevölkerungsbilanz noch nichts aus. Um über diese ein Urteil zu gewinnen, bedürfen wir einer umfassenden Statistik der Körperfehler. An einer solchen Gebrechenstatistik fehlt es leider noch überall. Deshalb muss bei jeder Volkszählung die Forderung erhoben werden, eine solche vorzunehmen. Bereits oben wurde daran erinnert, dass nach vorsichtigster Schätzung auf 100000 der Bevölkerung in Deutschland etwa 400 Geisteskranke und Idioten, 150 Epileptiker, 200 Trunksüchtige, 60 Blinde, 30 Taubstumme, 260 Verkrüppelte und 500 Lungenkranke im vorgeschrittenen Stadium angenommen werden müssen und wohl zwei Drittel dieser Kranken die Grundlage ihres Leidens erblich überkommen haben. Die schulhygienischen Untersuchungen ergeben, dass mindestens der dritte Teil aller Schulkinder an mehr oder weniger ausgeprägter körperlicher oder geistiger Minderwertigkeit leidet, und von den gesamten Krankenkassenmitgliedern dürften höchstens zwei Drittel Rüstige sein, während die andern aus Kränklichen und Minderwertigen bestehen.

Aber selbst wenn wir außer der Bevölkerungsbewegung noch die in der Volksmasse vorhandenen Gebrechen der Zahl und Art nach kennen würden, so hätten wir immer noch kein zutreffendes Bild von der physischen Beschaffenheit eines Volkes gewonnen, das wir mit einem ähnlichen späteren oder früheren Bilde vergleichen können. Es wäre möglich, dass sowohl die Sterblichkeit wie die Gebrechen abnehmen und doch die Beschaffenheit der Durchschnittsbevölkerung sänke, z. B. indem die durchschnittliche Körpergröße oder der durchschnittliche Brustumfang, diese beiden wichtigsten Kennzeichen einer günstigen Konstitution, in der Abnahme begriffen wären. Um dieses festzustellen, ist außer der Bevölkerungs- und Gebrechenstatistik noch die Anthropometrie oder Körpermessung in großem Umfange heranzuziehen.¹⁷ Allein durch sie würde es möglich sein, endlich einmal festzustellen, ob bei den gegenwärtig führenden Kulturvölkern die Maße für Körpergröße und Brustumfang abnehmen oder zunehmen, und wie sie sich überhaupt nach geographischen oder wirtschaftlichen Verschiedenheiten der Bevölkerung unterscheiden. Bis heute sind wir uns noch vollkommen darüber im Unklaren. Diese Frage kann erst entschieden werden, wenn große Teile der Bevölkerung anthropometrisch aufgenommen und die Ergebnisse dieser Aufnahme statistisch verarbeitet worden sind. Auch die Einbeziehung eines immer mehr wachsenden Teiles der Gesamtbevölkerung in das soziale Versicherungswesen führt uns zu einer fortlaufenden Beobachtung des körperlichen Zustandes breiter Volksschichten, die hoffentlich bald ihren Niederschlag in einer systematischen Registrierung vielleicht in Gestalt eines Gesundheitsbogens oder Gesundheitsspasses finden wird.

Der Ausbau solcher und ähnlicher Untersuchungen und die ihrer Ergebnisse unter fortpflanzungshygienischen Gesichtspunkte werden uns im Verein mit der medizinischen Stammbaumforschung¹⁸ voraussichtlich dereinst die zurzeit die noch ausstehenden zuverlässigen Aufschlüsse über das Vorhandensein und den Umfang degenerativer Tendenzen bringen.

Die Art dieser Untersuchungen weist sie aber vorwiegend dem Gebiete der sozialen Hygiene zu, die selbstverständlich die Verhütung der körperlichen Entartung in ihr Gebiet einbeziehen muss, weil sie nicht nur die Verallgemeinerung hygienischer Kultur auf eine Gruppe nebeneinander stehender, gesellschaftlich unter sich verbundener Individuen bezweckt, sondern auch auf deren Nachkommen, mit denen sie generativ verbunden sind. Aber nicht nur um des Zieles willen, sondern auch der Forschungsmethode nach fügen sich diese Untersuchungen zwanglos der sozialen Hygiene ein. Bewegen sie sich doch zum größten Teil auch auf einem Gebiete, das sich in verwickelter Weise zwischen Medizin und Naturwissenschaften auf der einen, Statistik und Sozialwissenschaften auf der anderen Seite ausdehnt.

¹⁷ Vgl. Abschnitt "Biometrie" von A. GOTTSTEIN im GOTTSTEIN-TUGENDREICHschen sozialärztlichem Praktikum. Berlin 1920.

¹⁸ Vgl. CRZELLITZER, A.: Art. "Familienforschung" im Handwörterbuch der sozialen Hygiene. Hrsg. von A. GROTHJAHN und J. KAUP Leipzig 1912.

Noch liegen diese Studien in ihren Anfängen, aber auch in unserer sozialpathologischen Betrachtung konnte doch schon bei den wichtigsten Krankheiten auf ihre Beziehungen zur menschlichen Fortpflanzung wenigstens in großen Zügen hingewiesen werden. Wir können nach dieser Richtung unterscheiden: 1. Krankheiten, die jugendliche und kräftige Personen dahinraffen und dadurch die Fortpflanzung unter allen Umständen ungünstig beeinflussen; hierher gehören zahlreiche Krankheiten der Säuglinge und der Kinder, namentlich die akuten Infektionskrankheiten und außerdem die tödlichen Unfälle; 2. Krankheiten, die wahllos Rüstige und Minderwertige dahinraffen und dadurch ebenfalls für die Fortpflanzung ungünstig sind. Hier sind besonders die akuten allgemeinen Infektionskrankheiten der Erwachsenen, ferner die auf Ernährung oder klimatische Einflüsse zurückzuführenden Krankheiten zu nennen; 3. Krankheiten, die vorwiegend minderwertige Personen vor dem fortpflanzungsfähigen Alter dahinraffen und dadurch die Fortpflanzung günstig beeinflussen; 4. Krankheiten, die rüstige Personen zwar nicht dahinraffen, aber unfruchtbar machen und dadurch die Fortpflanzung ungünstig beeinflussen, wie namentlich Syphilis und Gonorrhöe; 5. Krankheiten, die Rüstige so schwächen, dass sie zwar zur Fortpflanzung gelangen, aber Minderwertigkeit der Nachkommen bedingen; doch ist es fraglich, ob dadurch wirklich erbefeste Minderwertigkeit entsteht oder eine solche nur vorgetäuscht wird.

Wie bei den einzelnen Krankheitsgruppen gezeigt worden ist, werden bei ein und derselben Krankheit je nach den Umständen und dem Alter der Kranken mehrere dieser Wirkungen beobachtet. Die Frage der Beeinflussung der menschlichen Fortpflanzung durch die Krankheiten ist ungemein verwickelt, und es ist kein Wunder, dass die Wissenschaft sich erst so spät damit beschäftigt. Trotzdem wäre es falsch, dem Walten entartender und verkümmender Faktoren gegenüber die Hände in den Schoß zu legen. Obgleich wir hier erst in den Anfängen der Erkenntnis stehen, kennen wir doch schon manche Maßnahmen, die Fortpflanzung zu regeln und rationell zu beeinflussen. Gewiss gibt es Krankheiten, die die starken Konstitutionen verschonen, während sie die Schwächlinge dahinraffen, so dass eine weitgehende Verhütung dieser Krankheiten die Fortpflanzung ungünstig beeinflussen würde. Aber dieser Widerstreit lässt sich vermeiden, wenn man in das Gebiet der sozialen Hygiene eine sich sowohl auf genaue Kenntnis des Vererbungs Vorganges als auch der bevölkerungsstatistischen Gesetzmäßigkeiten stützende sexuelle und generative Hygiene einbegreift. Zwar liegen auf diesem Gebiete gegenwärtig noch keine Leistungen vor, die den Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben können; aber wir dürfen doch hoffen, dass auch dieser Zweig der Hygiene, der nur in enger Verknüpfung mit der Erforschung der wirtschaftlichen und kulturellen Zustände ausgebildet werden kann, in Zukunft ein fruchtbares Gebiet gemeinsamer Tätigkeit der Ärzte und Soziologen sein wird.

Anzeichen körperlicher Entartung treiben auch im blühendsten Volke ihr Unwesen. Es ist deshalb wichtig, ihre Überwindung und Beseitigung nicht dem Zufall, sondern einem planmäßigen Vorgehen zu überlassen, ganz gleich, ob diese verschiedenen degenerativen Tendenzen -jede körperliche oder geistige Minderwertigkeit, die sich über mehrere Geschlechter fortsetzt, ist bereits ein dem Laien sichtbares Anzeichen einer solchen Tendenz -bei unseren Kulturvölkern schon so wirksam und

schon so verbreitet sind, dass sie einer allgemeinen Degeneration entgehen, oder ob das, wie wahrscheinlicher ist, noch nicht der Fall ist.

Selbst Wenn man die Summe aller, die in irgendeiner Weise minderwertig sind, auf ein volles Drittel unserer Gesamtbevölkerung schätzt, braucht dieser betrübende Zustand noch nicht den Eintritt einer allgemeinen Entartung zu bedeuten. Es kommt alles darauf an, zu wissen, ob dieser Bruchteil der Minderwertigen in den einzelnen Kulturländern abnimmt oder zunimmt, und deshalb ist es so überaus wichtig, dass Bevölkerungsstatistik, Gebrechenstatistik, medizinische Stammbaumsforschung und Anthropometrie nach der Richtung hin ausgebaut werden, dass wir diese Frage beantworten können.

Lehrt uns die Bevölkerungsstatistik, dass ein Volk sich in normaler Weise vermehrt, die Gebrechenstatistik, dass die Körperfehler von Jahrzehnt zu Jahrzehnt abnehmen, und endlich die Anthropometrie, dass Körpergröße, Brustumfang und andere für Beurteilung der Körperkonstitution wichtige Maße mindestens nicht sinken, so kann man von dieser Bevölkerung sagen, dass in ihr die Entartungserscheinungen keine Neigung haben, sich zu einer verhängnisvollen allgemeinen Entartung auszuwachsen. Ehe aber dieser Beweis nicht zahlenmäßig geführt ist, sollten wir uns doch vor jedem Optimismus hüten. Gerade weil wir heute wissen, dass die verschwundenen Kulturvölker der Vergangenheit keineswegs sich einer größeren Gesundheit und Körperkraft erfreut haben als wir, sondern ebenso sehr oder gar noch mehr von krankhaften Zuständen und Gebrechen geplagt worden sind, sollten wir uns an ihrem Schicksal ein Beispiel nehmen und uns nicht mit der Vorstellung beruhigen, dass ihr Verfall lediglich politischen und kulturellen Ursachen zuzuschreiben ist. Es ist höchstwahrscheinlich, dass bei ihnen auch eine weitgehende Verschlechterung des physischen Substrates stattgefunden hat und es deshalb erst einer vollständigen Erneuerung der Bevölkerung bedurfte, um auch eine neue Kultur hervorzubringen.

Zahlreiche Minderwertige haben ihren Defekt von den Eltern ererbt und werden, da diese Fehler in den meisten Fällen nicht ausreichen, sie unfruchtbar zu machen, ihre Minderwertigkeit auf ihre Nachkommen weitervererben. So sind unendliche Reihen von entarteten Konstitutionen denkbar, deren Ende nicht abzusehen ist, die aber doch einmal ihren Ursprung aus vollwertigen Personen genommen haben müssen. Neben der angeerbten muss es also eine frei entstandene, aber sich forterbende Minderwertigkeit geben, deren Zustandekommen uns allerdings noch vollkommen unklar ist.

Jedenfalls stehen wir gegenwärtig vor unendlichen Reihen schwacher Konstitutionen, die in der Vergangenheit aus unbekannter Ursache entstanden sind und ihre Minderwertigkeit auf dem Wege des Erbganges in eine ferne Zukunft weitergeben können. Sozialpolitik und Hygiene wirken mittelbar nicht auf die Verkleinerung dieses Kontingentes hin. Es wäre im Gegenteil möglich und ist auch mit guten Gründen behauptet worden, dass der durch soziale Fürsorge gewährleistete Schutz der Schwächlinge diese vor einem für die Verhütung der Entartung wünschenswerten schnellen Dahinsterben bewahre und so die Entartungstendenz begünstige.

Dieser Einwurf ist durchaus berechtigt. Denn wenn oben wir sahen, dass es Krankheiten gibt, die unmittelbar eine Entartung rüstiger Personen hervorrufen und

deren Beseitigung auch entartungsverhütend wirkt, so dürfen wir doch auch nicht übersehen, dass es weitverbreitete Krankheiten gibt, zu denen die Individuen infolge ihrer schwachen Konstitution veranlagt sind, dass diese Krankheiten die Neigung haben, derartige Individuen aus der Fortpflanzung auszuschalten, und dass wir daher diese ungünstig beeinflussen, wenn wir durch Heilkunde, Hygiene und soziale Fürsorge solche Krankheiten zurückdämmen oder beseitigen. Das gilt namentlich von den Nerven-, Herz- und Lungenkrankheiten.

Andererseits können wir unmöglich diesen Personen die hygienische Obsorge nur deshalb entziehen, damit sie vielleicht ein paar Jahre früher sterben und etwas weniger Nachkommen haben, zumal auch dieses Ergebnis noch fraglich wäre, da sie ja auch gegenwärtig, wo der Schutz der Schwachen noch wenig ausgebildet ist, schon massenhaft minderwertige Nachkommen in die Welt setzen. Daher muss diese zweite Wurzel der Entartungserscheinungen von einem ganz anderen Punkte angefasst werden: von dem der unmittelbaren Beeinflussung des Fortpflanzungsgeschäftes, das wir nicht mehr der Naivität und dem Zufall überlassen dürfen, sondern durch eine sorgfältige generative Hygiene rationell gestalten müssen. Der Inhalt dieser Fortpflanzungshygiene, die man nach dem Vorgange GALTONS treffend auch mit dem Worte Eugenik bezeichnen kann, lässt sich gegenwärtig nur in großen Zügen voraussagen; es wird natürlich hauptsächlich darauf ankommen, die Minderwertigen durch die Maßnahmen der Geburtenprävention an der Erzeugung von unerwünschten Nachkommen zu hindern. Hoffentlich wird uns eine nähere Kenntnis der Vererbungsgesetze, die uns Biologie, Vererbungsstatistik und medizinische Stammbaumforschung zu liefern anschicken, bald in den Stand setzen, hier bestimmte Regeln aufzustellen.

Aus der biologischen Erblichkeitsforschung, die insbesondere seit der Wiederentdeckung der MENDELschen Kreuzungsregeln außerordentliche Fortschritte gemacht hat und weitere in naher Zukunft erwarten lässt, haben sich leider bis jetzt noch keine klaren, eindeutigen und einfachen Regeln für eine Hygiene der Fortpflanzung gewinnen lassen. Zweifellos wird die Zukunft uns von dieser Seite her einmal eine exakte biologische Unterlage für die Erkenntnis des Wesens der Entartung bringen, namentlich soweit unerwünschte Kreuzungen in Frage kommen. Solange das jedoch noch nicht der Fall ist, dürften wir doch wohl in erster Linie auf statistische und medizinische Ermittlungen einiger komplexer Erscheinungsformen der Entartung angewiesen sein.

Das Wichtigste, das die Vererbungsbiologie der Fortpflanzungshygiene bisher gelehrt hat, ist der Grundsatz, der den Soziologen und Sozialpolitikern so schwer verständlich ist, dass nämlich die vom Individuum während seines Lebens erworbenen Eigenschaften sich nicht vererben, eine Besserung der Erbwerte einer Generation also nur dadurch entstehen kann, dass sich die Tüchtigen stärker vermehren als die Schwächlinge oder letztere gänzlich aus der Fortpflanzung ausgeschaltet werden. Die "Ertüchtigung" des einzelnen, so wertvoll sie an sich vom hygienischen Gesichtspunkte ist, macht den Nachkommen, falls seine Erbwerte nicht dementsprechend sind, ebenso wenig tüchtig als die seit Jahrtausenden bei manchen Völkern übliche Beschneidung die Knaben ohne Vorhaut auf die Welt kommen lässt.

Eine zweite negative, aber doch auch sehr wichtige Feststellung ist die Erkenntnis, dass man aus den Eigenschaften eines Individuums nur sehr unbestimmt auf seinen generativen Wert schließen kann, weil zahlreiche gute oder schlechte Anlagen nur in verdeckter Form vererbt werden. Die Fortschritte der Vererbungsbiologie haben uns zunächst gelehrt, dass die Kreuzungsregeln viel zu verwickelt sind, als man dass man - von einigen selten vorkommenden Anlagen abgesehen - bereits angeben könnte, welche Anlagen voraussichtlich bei der Paarung bestimmter Individuen bei deren Nachkommen vorherrschen werden. Durch eine ärztliche Eheberatung im einzelnen Falle, deren Vorzüge zunächst noch mehr auf anderem Gebiete als dem der Eugenik liegen, kann also beim gegenwärtigen Stande der menschlichen Erbkunde noch nicht sehr viel im Sinne der Vermeidung minderwertiger Nachkommen erzielt werden. Doch wird sich gewiss im Großen und Ganzen sagen lassen können, ob die betreffenden Paare zu den fortpflanzungstüchtigen Individuen gehören oder nicht. Und wenn tausend solcher Paare sich stärker vermehren als tausend Paare, bei denen man einem oder beiden Partnern ererbte Minderwertigkeiten vorfindet, so wird das generativ einen großen Unterschied ausmachen. Wenn auch nur schwer für einzelne Individuen, so doch für Gruppen wird es also auch gegenwärtig schon möglich sein, zu sagen, ob ihre Fortpflanzung erwünscht ist oder nicht.¹⁹

Wie bereits ausgeführt, haben wir auch in der Verallgemeinerung des Asylwesens ein humanes und wirksames Mittel, den menschlichen Artprozess durch Abhaltung ganzer Gruppen von Minderwertigen von der Fortpflanzung in großem Maßstabe günstig zu beeinflussen. Auch wäre es denkbar, dass die freiwillige Ehelosigkeit nicht mehr wie bisher vorwiegend aus religiösen oder wirtschaftlichen, sondern aus fortpflanzungshygienischen Gründen übernommen würde; aber es hieße doch dem springenden Punkte ausweichen, wenn man verschwiege, dass die Geburtenprävention alles in allem doch das wichtigste Mittel der Fortpflanzungshygiene sein wird. Hier ergibt sich aber die große Gefahr, dass die Präventiomaßnahmen zugleich auch von jeher das Mittel sind, die Bevölkerungsvermehrung zu hemmen und die Quantität der Bevölkerung unabhängig von der Sorge für die Qualität zu beeinflussen. In der Tat wird denn ja auch bei den Völkern des europäischen Kulturkreises bereits seit Jahrzehnten die Prävention in einer Ausdehnung angewandt, die den Bevölkerungsauftrieb, der zur kulturellen Behauptung erforderlich ist, beeinträchtigt und schließlich Bevölkerungsstillstand oder gar Bevölkerungsrückgang verursacht. Ganz abgese-

¹⁹ Über menschliche Erbkunde vgl. BAUR, E., FISCHER, E., LENZ, F.: Grundriss der menschlichen Erblchkeitslehre und Rassenhygiene, Band I: Menschliche Erblchkeitslehre, 305 S. Band II: Menschliche Auslese und Rassenhygiene, 250 S., 1921; LAQUER, B.: Eugenik und Dysgenik, 62 S., 1914; SIEMENS, H. W.: Die biologischen Grundlagen der Rassenhygiene, 80 S., 1917; SIEMENS, H. W.: Einführung in die allgemeine Konstitutions- und Vererbungsopathologie, 229 S., 1921. -Vgl. fortl. Lit. allj. in Abschnitt VIII der GROTJAHN-KRIEGELSchen Jahresberichte über soziale Hygiene.

hen von den wirtschaftlichen und politischen Gefahren, die mit einer Verminderung der Bevölkerungsquantität verknüpft sind, kann diese auf die Dauer aber auch nicht ohne Rückwirkung auf die Qualität bleiben, wirkt also an sich wieder entartend; denn einmal wird, wenn die auf eine Familie fallende Zahl von Kindern nur gering ist, die Rate der Erstgeborenen, die anscheinend im Durchschnitt geringwertiger ausfallen als die späteren Früchte, viel größer werden als bei einem Volke mit kinderreichen Familien, sodann wird aber auch die Anspannung der schwächlichen Volksglieder zur Behauptung der Kulturstellung eine viel größere sein als bei den Völkern mit wachsender Bevölkerungszahl. Es ist also auch vom Standpunkte der Erhaltung der Qualität unbedingt erforderlich, dass die Bevölkerung einen gewissen Auftrieb, d. h. einen Überschuss der Geburten über die Todesfälle aufweist, und deshalb bedeutet es allerdings eine Gefahr, wenn die Methoden der Geburtenprävention dazu missbraucht werden, die Zahl der Kinder ganz unabhängig von ihrem konstitutionellen Werte erheblich zu vermindern.

Diesen Missbrauch der Geburtenprävention finden wir gegenwärtig in einigen Bevölkerungsschichten sehr weit verbreitet, und zwar wird es hier ausschließlich aus privatwirtschaftlichen und Bequemlichkeitsgründen angewandt, fast niemals aus eugenischen Rücksichten, die der Massenpsyche gegenwärtig leider noch völlig fern liegen.

Bei der Anwendung der Präventivmittel zu eugenischen Zwecken ist in Zukunft nach ganz bestimmten Regeln zu verfahren, deren Befolgung auf der einen Seite die naive Produktion zahlreicher und minderwertiger, sich überstürzender, zur unpassenden Zeit erscheinender Früchte verhindert und auf der anderen Seite eine den Bevölkerungsauftrieb sichernde Anzahl rüstiger, vollwertiger, in richtigen Zeitabständen folgender, in der zur Aufzucht günstigsten Zeit geborener Kinder gewährleistet. Die Geburtenprävention als Mittel der Fortpflanzungshygiene kann daher nicht fortan dem subjektiven Belieben jedes Elternpaares freigegeben werden. Sie muss vielmehr sorgfältig in allen Einzelheiten ausgebildet werden als eine Art generativer Diät, die den Bedürfnissen des Individuums und denen der Art möglichst in gleichem Maße gerecht wird, im Falle eines Widerstreites jedoch die letzteren bevorzugen muss. Diese generativen Diätregeln liegen zurzeit erst in groben Umrissen vor und harren noch ihrer sorgfältigen Durcharbeitung. Aber der zurzeit noch geringe Bestand allgemein gültiger Erkenntnisse auf diesem jungen Wissensgebiet mehrt sich von Jahr zu Jahr und lässt schon heute mit Sicherheit erkennen, dass in absehbarer Zeit die Menschen durch den Fortschritt der Wissenschaft in den Stand gesetzt werden, nicht nur den im Volke umgehenden Entartungstendenzen wirksam zu begegnen, sondern sogar die menschliche Fortpflanzung im Sinne einer Aufartung positiv zu beeinflussen.

Die Entwicklung der Technik der Prävention unerwünschter Nachkommen wird hier noch weitere Triumphe feiern. Der eugenische Wert der von richtiger Stelle angewandter Präventivmittel rechtfertigt daher schon allein ihre Existenz und Verbreitung.

Außer diesen eugenischen und im weiteren Sinne rassenhygienischen Zwecken ist die Prävention auch berufen, der Rassenhygiene im engeren Sinne der Bedeu-

tung dieses Wortes insofern zu dienen, als durch ihre systematische Anwendung als minderwertig vorauszusehende Kreuzungen der Angehörigen einander fernstehender Rassen und die Bildung unerwünschter Mischlingsrassen verhindert werden kann. Gegenwärtig sind diese Mischlinge eine große Verlegenheit der kolonisierenden Völker und zugleich eine Quelle der Verderbnis für die rassenreinen Eingeborenen der Kolonien. Namentlich in den tropischen Ländern, die nie von den weißen Kolonisatoren wirklich besiedelt, sondern nur vorübergehend besetzt werden können, liegt ein großes Interesse vor, dass die eingeborene Bevölkerung rassekräftig erhalten bleibt, weil nur sie die zur Kultivierung und Exploitation erforderlichen Arbeiten ausführen können. Nur allzu häufig bildet sich aber gegenwärtig in den tropischen und subtropischen Kolonialländern eine Zwischenschicht von Mischlingen, die nicht fähig sind, die Kultur der Weißen zu verdauen, und nur dazu beitragen, die eingeborenen Stämme und ihre bodenständigen Organisationen zugrunde zu richten.

Es ist daher erfreulich, dass in den letzten Jahrzehnten das von dem englischen Soziologen Galton eingeführte Wort "Eugenik" sich auch in Deutschland neben dem Ausdruck "Rassenhygiene" durchsetzt. Durch eine Vermeidung des missverständlichen Wortes "Rasse" wird zum Ausdruck gebracht, dass die Lehren der Eugenik sich auf Betrachtungen gründen, die auf jede generativ zusammenhängende Gruppe anwendbar sind, mögen sie nun eine "Rasse" betreffen, welche sie wollen, hier natürlich das Wort im ursprünglichen völkerkundlichen Sinne genommen.

Vielleicht ist es überhaupt zweckmäßig, das Wort "Rassenhygiene" der Völkerkunde zu überweisen und damit die Wertung der Veränderungen zu bezeichnen, die ethnische Einheiten durch innere oder äußere Bevölkerungsverschiebungen, Wanderungen, Vermischung mit Nebenvölkern, Siedlungswesen usw. erfahren. Denn auch diese Wandlungen drängen immer mehr auf eine wissenschaftliche Erfassung. Eine solche müsste sich von allen Gefühlsbetonungen, die gegenwärtig die Ansichten über diese Dinge ausschließlich beherrschen, frei machen und sich lediglich auf Tatsachen stützen, die bereits vorliegen und in der Gegenwart durch empirische Beobachtung jederzeit nachgeprüft werden können. So könnten namentlich die bisherigen unfruchtbaren Diskussionen über die "Reinheit" einer Rasse, soweit diese aus der Vergangenheit bewiesen oder wegdisputiert werden soll, füglich unterbleiben. Denn es ist ganz gleichgültig, ob eine Rasse rein oder nicht rein ist, wenn nur die Merkmale des dauernden generativen Zusammenhanges und der Vererbbarkeit körperlicher und geistiger Eigentümlichkeiten vorhanden sind. Die Verfänglichkeit der Beschäftigung mit der Rassenfrage wird aufhören, wenn erst der an aller Verwirrung schuldige Begriff der Reinheit nicht nur aus der Definition, sondern auch aus der Wertung der Rassen ausscheidet. Die volle Gleichwertigkeit der Rassen war ein Traum, den die Völkerkunde wohl endgültig als solchen kennen gelehrt hat. Allerdings ist zuzugeben, dass es unendlich schwer ist, ein Maß für die Wertung zu finden.

Objektiv gewertet werden kann eine Rasse nur nach ihren kulturellen Leistungen, wie die Geschichte sie überliefert hat. Dieser Maßstab lässt von den jetzt noch lebenden drei Rassen oder besser Rassengemische von besonders hohem Werte erkennen: die jüdische, die germanische und die romanische. Diese drei, allen voran die jüdische, haben durch ihre Geschichte ihre hohe Kulturfähigkeit bewiesen, ganz

gleich, ob sie reine oder, was wohl sicher ist, stark gemischte Rassen sind. Wie sie also sind, so sind sie gut und bewährt. Für diese drei großen Kulturrassen liegt jedenfalls kein Bedürfnis vor, sich mit Rassen zu vermischen, deren Kulturfähigkeit zwar bis zum Beweise des Gegenteiles subjektiv anzunehmen, aber objektiv doch immer erst noch abzuwarten ist. Wenn solche Vermischungen trotzdem vorkommen, sei es nun aus individueller Erotik oder aus geographischen oder sozialen oder nationalen Gründen, so ist damit, noch nicht ohne weiteres gesagt, dass sie zweckmäßig sind. Hier liegen in der Tat Fragen, die der voraussetzungslosen Forschung wert sind. Es wäre zweckmäßig, diese Forschungen als Rassenbiologie und Rassenhygiene zu bezeichnen und damit, deutlich von der Eugenik oder allgemeinen menschlichen Fortpflanzungshygiene zu unterscheiden.

Rassenhygiene und Eugenik gehören noch nicht zu den fest fundierten Wissenschaften, aber schon heute lässt sich erkennen, dass sie in absehbarer Zeit solche sein werden und dann auch mit ganz bestimmten Forderungen an Ärzte, Volkswirte und überhaupt an die gesamten Elternpaare herantreten werden, Forderungen, in denen die Anwendung der Präventivmittel eine große Rolle spielen wird.

Die Möglichkeit jedoch, dass dieses wichtige Mittel der Rationalisierung der Fortpflanzung, angewandt an falscher Stelle und im falschen Ausmaße, die Fortpflanzung nach der quantitativen Seite in verhängnisvoller Weise beeinträchtigen kann, erfordert im folgenden eine besondere Betrachtung, zumal die Erscheinung des Geburtenrückganges unter den Völkern der Westeuropäischen Kulturkreise ohnehin zu dem Zentralproblem der sozialen Hygiene zu werden verspricht.

Quelle: Grotjahn, Martin. 1923. Soziale Pathologie. Berlin: J. Springer, S. 468-482.

7.4 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (1933)

Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde am 14. Juli 1933 verabschiedet und trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Es diente der sogenannten „Rassenhygiene“ und eigens eingerichtete „Erbgesundheitsgerichte“ hatten über die Zwangssterilisierung zu entscheiden.

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Vom 14. Juli 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer

Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet

:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Beitzstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

§ 2

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

§ 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

§ 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch

ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

§ 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§ 6

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so⁹ kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

§ 7

(1) Das Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht ist nicht öffentlich.

(2) Das Erbgesundheitsgericht hat die notwendigen Ermittlungen anzustellen; es kann Zeugen und Sachverständige vernehmen sowie das persönliche Erscheinen und die ärztliche Untersuchung des Unfruchtbarzumachenden anordnen und ihn bei unentschuldigtem Ausbleiben vorführen lassen. Auf die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen sowie auf die Ausschließung und Ablehnung der Gerichtspersonen finden die Vorschriften der Zivilprozeßordnung sinngemäße Anwendung. Ärzte, die als Zeugen oder sachverständige vernommen werden, sind ohne Rücksicht auf das Berufsgeheimnis zur Aussage verpflichtet. Gerichts- und Verwaltungsbehörden sowie Krankenanstalten haben dem Erbgesundheitsgericht auf Ersuchen Auskunft zu erteilen.

§ 8

Das Gericht hat unter Berücksichtigung des gesamten Ergebnisses der Verhandlung und Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden. Die Beschlußfassung erfolgt auf Grund mündlicher Beratung mit Stimmenmehrheit. Der Beschluß ist schriftlich abzufassen und von den an der Beschlußfassung beteiligten Mitgliedern zu unterschreiben. Er muß die Gründe angeben, aus denen die Unfruchtbarmachung beschlossen oder angelehnt worden ist. Der Beschluß ist dem Antragsteller, dem beamteten Arzt sowie demjenigen zuzustellen, dessen Unfruchtbarmachung beantragt

worden ist, oder, falls dieser nicht antragsberechtigt ist, seinem gesetzlichen Vertreter.

§ 9

Gegen den Beschluß können die im § 8 Satz 5 bezeichneten Personen binnen einer Notfrist von einem Monat nach der Zustellung schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts Beschwerde einlegen. Die Beschwerde hat aufschiebende Wirkung. Über die Beschwerde entscheidet das Erbgesundheitsgericht. Gegen die Versäumung der Beschwerdefrist ist Wiedereinsetzung in den vorigen Stand in entsprechender Anwendung der Vorschriften der Zivilprozeßordnung zulässig.

§ 10

(1) Das Erbgesundheitsobergericht wird einem Oberlandesgericht angegliedert und umfaßt dessen Bezirk. Es besteht aus einem Mitglied des Oberlandesgerichts, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen. § 6 Abs. 2 gilt entsprechend.

(2) Auf das Verfahren vor dem Erbgesundheitsobergericht finden §§ 7, 8 entsprechende Anwendung.

(3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig.

§ 11

(1) Der zur Unfruchtbarmachung notwendige chirurgische Eingriff darf nur in einer Krankenanstalt von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt durchgeführt werden. Dieser darf den Eingriff erst vornehmen, wenn der die Unfruchtbarmachung anordnende Beschluß endgültig geworden ist. Die oberste Landesbehörde bestimmt die Krankenanstalten und Ärzte, denen die Ausführung der Unfruchtbarmachung überlassen werden darf. Der Eingriff darf nicht durch den Arzt vorgenommen werden, der den Antrag gestellt oder in dem Verfahren als Beisitzer mitgewirkt hat.

(2) Der ausführende Arzt hat dem beamteten Arzt einen schriftlichen Bericht über die Ausführung der Unfruchtbarmachung unter Angabe des angewendeten Verfahrens einzureichen.

§ 12

(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser al-

lein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.

(2) Ergeben sich Umstände, die eine nochmalige Prüfung des Sachverhalts erfordern, so hat das Erbgesundheitsgericht das Verfahren wieder aufzunehmen und die Ausführung der Unfruchtbarmachung vorläufig zu untersagen. War der Antrag abgelehnt worden, so ist die Wiederaufnahme nur zulässig, wenn neue Tatsachen eingetreten sind, welche die Unfruchtbarmachung rechtfertigen.

§ 13

(1) Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt die Staatskasse.

(2) Die Kosten des ärztlichen Eingriffs trägt bei den der Krankenversicherung angehörenden Personen die Krankenkasse, bei anderen Personen im Falle der Hilfsbedürftigkeit der Fürsorgeverband. In allen anderen Fällen trägt die Kosten bis zur Höhe der Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung und der durchschnittlichen Pflegesätze in den öffentlichen Krankenanstalten die Staatskasse, darüber hinaus der Unfruchtbargemachte.

§ 14

Eine Unfruchtbarmachung, die nicht nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfolgt, sowie eine Entfernung der Keimdrüsen sind nur dann zulässig, wenn ein Arzt sie nach den Regeln der ärztlichen Kunst zur Abwendung einer ernsten Gefahr für das Leben oder die Gesundheit desjenigen, an dem er sie vornimmt, und mit dessen Einwilligung vollzieht.

§ 15

(1) Die an dem Verfahren oder an der Ausführung des chirurgischen Eingriffs beteiligten Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.

(2) Wer der Schweigepflicht unbefugt zuwiderhandelt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Den Antrag kann auch der Vorsitzende stellen.

§ 16

(1) Der Vollzug dieses Gesetzes liegt den Landesregierungen ob.

(2) Die obersten Landesbehörden bestimmen, vorbehaltlich der Vorschriften des § 6 Abs. 1 Satz 1 und des § 10 Abs. 1 Satz 1, Sitz und Bezirk der entscheidenden Gerichte. Sie ernennen die Mitglieder und deren Vertreter.

§ 17

Der Reichsminister des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Justiz, die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Rechts- und Verwaltungsvorschriften.

§ 18

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1934 in Kraft.

Berlin, den 14. Juli 1933.

***Der Reichskanzler
Adolf Hitler***

***Der Reichsminister des Innern
Frick***

***Der Reichsminister der Justiz
Dr. Gürtner***

7.5 Petra Fuchs, Maike Rotzoll, Paul Richter, Annette Hinz-Wessels & Gerit Hohendorf: Die Opfer der „Aktion T4“: Versuch einer kollektiven Biographie auf der Grundlage von Krankengeschichten

Einleitung

„Je mehr Kassetten Georg seit Antritt der Stelle abgehört hatte, desto häufiger wiederholten sich Jahreszahlen, Ortschaften, Länder und die Namen von Konzentrationslagern auf den Formularen; seit einiger Zeit schon meinte er, manchmal zwischen den Muscheln des Kopfhörers beinahe eingeschlafen, immer wieder ein und dieselbe Überlebensgeschichte aus dem immergleichen Lager zu hören. Wenn sich dennoch Einzelheiten abhoben, was selten der Fall war, so trieben sie auf dem Brei aus Stimmen dahin, gleich abgerissenem Blattwerk, dem man noch eine Weile flussabwärts nachschaut, bis der nächste Ast kommt und auch wieder vergessen geht“¹.

Diese Erfahrung macht Georg, Volontär eines fiktiven Museums in New York, das dem Gedenken der Opfer des Holocaust gewidmet werden soll in Daniel Ganzfrieds Roman „Der Absender“. Tag für Tag hört er im Oral-History-Archiv die Berichte von Überlebenden, um sie nach Stichworten zu sortieren. Erst als er „zufällig“ auf ein anonymes Tonband stößt, in dem er Stimme und Geschichte seines Vaters wiederzuerkennen meint, werden Monotonie und Routine, die gegen seinen Willen von ihm Besitz ergriffen hatten, durchbrochen. Hier beginnt mit der Suche nach dem „Absender“ und dem Vater die zentrale Romanhandlung.

Die im Roman geschilderte Erfahrung zeigt eine Schwierigkeit historischer Methoden, die von der individuellen Geschichte abstrahieren: Anschaulichkeit, Begreifbarkeit oder auch Identifikation können hier fehlen. Statistik und individuelle Biographien stehen sich dabei wie zwei Pole gegenüber.

Wir möchten daher beide Herangehensweisen mit ihren jeweiligen Möglichkeiten nutzen. Einerseits soll beispielhaft und stellvertretend an die Lebensgeschichten einzelner „Euthanasie“-Opfer erinnert werden, andererseits möchten wir aber auch erste Ergebnisse einer statistischen Auswertung präsentieren, die sowohl Opfer als auch Überlebende einbezieht.

Ein kollektivbiographischer Ansatz² ermöglicht es, Typisches mit statistischen Mitteln herauszuarbeiten. Dabei können Prägnanztypen von Biographien entstehen, wesentliche Strukturen und Bedingungen in ihrer Bedeutung sichtbar werden, wobei durchaus Material aus Einzelbiographien zur Veranschaulichung herangezogen werden soll. Bisher ist der kollektivbiographische Ansatz in der Täterforschung angewandt worden und hat erhellt, wie die typische Biographie beispielsweise eines SD-Angehörigen verlaufen ist und welche Rolle bestimmte gesellschaftliche Strukturen dabei spielten. Untersucht wurden soziale Stellung, Bildung, Religionszugehörigkeit, Alter, regionale Herkunft und es zeigte sich entgegen einer verbreiteten Meinung, dass vor allem junge, akademisch gebildete Männer bürgerlicher Herkunft eine solche Karriere eingeschlagen hatten³.

Auf „Euthanasie“-Opfer ist ein solcher Ansatz bisher nicht angewandt worden. Hier ist allerdings zu bedenken, dass es sich bei Patienten psychiatrischer Anstalten nicht um ein freiwilliges Kollektiv handelt, dessen auf Zugehörigkeit gerichtete Intentionalität untersucht werden könnte. Zu einem Kollektiv wurden sie freilich durch die Anstaltsaufnahme, so unterschiedlich die Herkunft sein mochte. Oft über lange Zeit in einer „totalen Institution“ interniert, war es für die Insassen schwierig, Individualität zu bewahren. Das Besondere in der Anwendung eines solchen Ansatzes auf Krankengeschichten ist vielleicht, dass nicht nur die soziale Herkunft, sondern auch die Lebensbedingungen in der Anstalt untersucht werden können und dass eine vergleichende differenzierte Sicht auf Opfer und Überlebende auch einen Blick auf die Selektionspraxis der Täter ermöglicht.

Das Heidelberger Projekt zur Erschließung der „T4“-Akten im Bundesarchiv Berlin

Der hier unternommene Versuch, Opfer wie Überlebende der NS-„Euthanasie-Aktion T4“ unter den Uchtspringer Patient/innen näher zu beschreiben, ist – was die Opfer angeht – erst durch den Rückgriff auf den Krankenaktenbestand R 179 (Bundesarchiv Berlin) möglich geworden. Dieser Anfang der 1990er Jahre zufällig wieder aufgefundene Quellenbestand umfasst etwas mehr als 30.000 personenbezogene Krankenakten jener psychiatrischen Patient/innen⁴, die zwischen 1940 und 1941 Opfer des zentral organisierten Krankenmordes geworden sind. Bei den Patientenakten handelt es sich um die Krankenakten der jeweiligen Ursprungsanstalten, deren Umfang stark variiert: zum Teil ist lediglich ein einziges Dokument erhalten bzw. nur der Name ist noch auf dem Aktendeckel verzeichnet, während eine ganze Reihe anderer Akten relativ vollständig überliefert sind und sowohl die Krankengeschichte als auch die Personal- bzw. Verwaltungsakte umfassen. Abhängig vom jeweiligen Erhaltungszustand lassen sich dem Bestand R 179 mehr oder weniger detaillierte Angaben über die persönlichen Lebensverhältnisse der Kranken, den Aufnahmebefund, die Diagnose, eventuell durchgeführte Therapiemaßnahmen, die Arbeitstätigkeit der Patient/innen und deren Bewertung durch das medizinische Personal, den Krankheitsverlauf, das Verhalten der Kranken und die Einschätzung seitens der Ärzte und des Pflegepersonals sowie Verlegungen in andere Anstalten entnehmen. Zudem finden sich Hinweise auf Zwangssterilisationen und erbbiologische Begutachtungen, Schriftwechsel mit Behörden, aber auch private Korrespondenz, teilweise von den Patient/innen selbst bzw. von den Angehörigen an die Kranken bzw. die Anstalt.

Bei einer Gesamtzahl von 70.273 Männern, Frauen und Kindern, die zwischen 1940 und 1941 in den sechs Tötungsanstalten⁵ ermordet wurden, schließt der Bestand R 179 etwa 43% aller in der „Aktion T4“ ermordeten Menschen ein. Seit Ende der 1990er Jahre steht dieser einmalige historische Krankenaktenbestand sowohl für Anfragen seitens Angehöriger von „Euthanasie“-Opfern als auch für die wissenschaftliche Forschung zur Verfügung. Seit April 2002 wird dieser Quellenbestand im Rahmen des DFG-geförderten Forschungsprojektes „Zur wissenschaftlichen Er-

schließung und Auswertung des Krankenaktenbestandes der NS-„Euthanasie“-Aktion T4“ (Bestand R 179 im Bundesarchiv Berlin)“ erstmals in größerem Umfang systematisch untersucht⁶. Gegenstand des Forschungsvorhabens ist die Erhebung und Analyse einer repräsentativen Stichprobe von 3.000 Krankengeschichten aus der Gesamtheit der etwa 30.000 Krankenakten. Die wissenschaftliche Erschließung und statistisch-empirische Auswertung der Stichprobe erfolgt computergestützt mithilfe einer SPSS-Datenbank. Das Projekt hat sich drei Hauptziele gesetzt:

1. Es soll eine soziodemographische Beschreibung derjenigen Menschen erarbeitet werden, die der ersten zentral gesteuerten Vernichtungsaktion „T4“ im Nationalsozialismus zum Opfer fielen. Zur Annäherung und Darstellung individueller Schicksale der Opfer bzw. zum besseren Verständnis für die Gesamtgruppe typischer Aspekte sollen die empirisch gewonnenen Erkenntnisse ergänzt werden durch exemplarische biographische Einzelfallstudien. Mit der qualitativ-biographischen Arbeit möchte das Forschungsprojekt zugleich einen Beitrag zur Würdigung der Opfer der „Aktion T4“ leisten.

2. Es soll untersucht werden, welche Gruppen von Patient/innen im Vergleich zu den auf den Meldebogen vorgegebenen Selektionskriterien (Erblichkeit der Erkrankung, Unheilbarkeit, Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, als „asozial“ gewertetes Verhalten) der „Euthanasie“-Planer tatsächlich getötet wurden. In diesem Zusammenhang ist die im Rahmen des Forschungsprojektes durchgeführte Vergleichsstichprobe zentral, die insgesamt 550 Krankenakten aus elf Anstalten umfasst, darunter auch 52 Akten von Überlebenden aus Uchtspringe⁷. Erst über den Vergleich von Anstaltspatient/innen, die zwischen 1940 und 1941 der NS-„Euthanasie-Aktion T4“ zum Opfer fielen und denjenigen, die den Krankenmord überlebten, lassen sich die Selektionskriterien herausarbeiten, die für die Tötung relevant gewesen sind.

3. soll durch die Analyse der Verlegungsdaten und -orte im Abgleich mit den bisher vorliegenden lokalen und regionalen Forschungsergebnissen ein detailliertes Bild der zeitlichen und organisatorischen Abläufe, der räumlichen Schwerpunkte und der Dynamik der „Aktion T4“ gewonnen werden. Insgesamt kann durch das Projekt ein Gesamtbild der zentral organisierten NS-„Euthanasie-Aktion T4“ entstehen.

Biographie I: „Ist ein freundliches Kind, bescheiden.“ – Gertrud J.⁸



Abb. 24: Ein „T4“-Opfer: Gertrud J.

Die Krankenakte von Gertrud J. ist relativ vollständig erhalten. Sie besteht aus der Personal- bzw. Verwaltungsakte und einer spärlich geführten Krankengeschichte, die eine Photographie des Kindes enthält, in der aber von Oktober 1935 bis zu ihrem gewaltsamen Tod, am

26. August 1940, keine weiteren Einträge vorgenommen wurden. Über einen Zeitraum von fünf Jahren erfahren wir also gar nichts über das Mädchen.⁹ Doch auch sonst lassen sich der Krankenakte weder direkte Äußerungen der Angehörigen noch von der Patientin selbst entnehmen. In der Verwaltungsakte erhalten sind lediglich zwei handschriftliche Dokumente, aus denen indirekt die Mutter, Käthe J., erkennbar wird. Es handelt sich um einen Brief und eine Karte aus dem Jahr 1937, in denen sich der Arbeitgeber von Käte J. an die Anstalt wendet, um nach dem Verbleib und Befinden von Gertrud zu fragen und sich zu erkundigen, ob Käthe J. ihre Tochter besuchen kann.¹⁰ Aus der ungelenen Unterschrift der Mutter lässt sich schließen, dass sie wenig Gelegenheit zum Schreiben hat. Die Besuchszeiten in der Landesheilanstalt Uchtspringe – samstags und sonntags – werden ihr schließlich mitgeteilt¹¹, ob Käthe J. ihre Tochter jedoch wirklich in der Anstalt aufgesucht hat, ist in der Krankengeschichte nicht dokumentiert.

Das biographische Bild von Gertrud J. ist aufgrund der Dokumentenlage stark geprägt von den bürokratischen und medizinischen Darlegungen in der Krankenakte und scheint eher geeignet, den Blick von Verwaltungsbeamten und Ärzten auf das Kind und dessen Familie zu verdeutlichen als einen tatsächlichen Eindruck von diesem Mädchen zu erhalten.

Gertrud J. ist sechs Jahre alt, als sie am 3. Juni 1935 auf Antrag des Jugendamtes Halle/S. in die Landesheilanstalt Uchtspringe aufgenommen wird. Als unehelich geborenes Kind der Landarbeiterin Käte J. aus Dessau lebt sie bereits seit ihrem 2. Lebensjahr im Säuglingsheim Delitzsch. Im ärztlichen Gutachten, das der Aufnahme in eine geschlossene Anstalt vorausgeht, heißt es 1935: „Da ein Verbleiben des Kindes bei der Mutter, die selbst geistig minderwertig ist, nicht in Frage kommt, wurde das Kind erst in einer Familie, dann im Kinderheim Delitzsch untergebracht. Da es sich bei dem Kinderheim um ein Heim für gesunde Kinder handelt und für die Pflege eines geistig nicht normalen Kindes weder Einrichtung noch Personal vorhanden ist, kommt nur Aufnahme in einer Heilanstalt in Frage.“¹² Über die tatsächlichen familiären Verhältnisse ist der Krankenakte wenig zu entnehmen. Der Vater des Kindes ist nicht bekannt, ob es Geschwister gibt, ebenfalls nicht. Es finden sich keine näheren Angaben zur Familie, jedoch wird eine schwerwiegende familienanamnestische Belastung konstatiert, die Alkoholismus, Schwachsinn, geistige Minderwertigkeit, Taubstummheit sowie mehrfache Tbc- und andere Erkrankungen unter den einzelnen Familienmitgliedern umfasst.¹³ Die vermutete erbliche Disposition wird zum einen aus der unehelichen Geburt Gertruds abgeleitet, zum anderen lautet die vage Begründung im ärztlichen Gutachten: „Mutter ist geistig minderwertig. Großvater mütterlicherseits Trinker, Großmutter mütterlicherseits macht einen minderwertigen Eindruck.“¹⁴

Aufgrund dieser Vorgaben erstattet der in der Landesheilanstalt Uchtspringe

tätige Provinzialmedizinalrat Dr. Fritz Orland am 22. Februar 1937 Anzeige gemäß des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gertrud J. befindet sich zu diesem Zeitpunkt seit eineinhalb Jahren in Uchtspringe und steht kurz vor ihrem achten Geburtstag. Ob die Unfruchtbarmachung durchgeführt wurde, ist in der Krankenakte nicht dokumentiert, der auf dem Aktendeckel befindliche Stempel weist das Mädchen jedoch als erbkrank aus und hält das Datum der Meldung an das zuständige Gesundheitsamt mit dem 19. Februar 1937 fest.

Zwei Jahre zuvor, Ostern 1935, wurde Gertrud J. aufgrund ihrer geistigen Entwicklung vom Schulbesuch zurückgestellt. Die vorläufige Diagnose in Uchtspringe lautet: „Angeborener Schwachsinn hohen Grades. Kaum bildungsfähig.“¹⁵ Im Juli 1935 wird ihre Erziehungsfähigkeit geprüft, um über die Aufnahme in die Anstaltsschule zu entscheiden. Man gelangt zu der Ansicht: „Gertrud J. steht geistig auf der Stufe eines 2-3jährigen Kindes, die Sprache ist wenig entwickelt, steckt noch im Ansatz: Frühkindliches Stammeln. Das Sprachverständnis ist noch sehr gering, aber ausbaubar [?]. [...] Gertrud J. ist kaum bildungsfähig. Für die nächste Zeit kommt eine Einschulung nicht in Frage.“¹⁶ Im Juli 1935 verzeichnet die Krankengeschichte erstmals eine positive Beschreibung des Mädchens: „Ist mehr aus sich herausgegangen. Spricht jetzt mehr. Ist ein freundliches Kind, bescheiden. Hält sich sauber. Ißt allein.“¹⁷ Auch im Oktober 1935 wird eine eher aussichtsreiche Prognose gestellt: „Noch nicht eingeschult, macht aber kleine Fortschritte. Näßt nicht mehr ein. Es ist möglich, dass sie später schulfähig wird.“¹⁸ Bis zu ihrer Deportation am 26. August 1940 bleibt dies jedoch die letzte Auskunft über das Kind und seine Entwicklung. Wir erfahren, dass Gertrud zuletzt in Gebäude 20 untergebracht war, das Gebäude, in dem die Sterilisationen durchgeführt wurden und in dem sich auch die sog. Kinderfachabteilung befand. Das inzwischen 12jährige Mädchen wiegt zu diesem Zeitpunkt nur noch 15,9 kg. Abschließend heißt es über sie in der Krankengeschichte: „Ruhig, freundlich. Ißt allein. Unsauber, kann sich nicht an- und ausziehen. Spricht einige Worte. Kein Wissen, keine praktischen Kenntnisse. Bildungsunfähig. Nach unbekannter Anstalt entlassen.“¹⁹ Gertrud J. ist eines von zwölf Kindern in unserer Stichprobe, die am 26. August 1940 nach Brandenburg deportiert und in der Gaskammer des dortigen Zuchthauses ermordet werden.

Kollektive Biographien

Zuname: **Dammeling** Vorname: **Otto**
 Beruf: _____ Geboren den **3. 4. 1891** zu **Magdeburg**
 Confession: **evangelisch** In der Anstalt vom **11. 5. 1901** bis _____
 Krankheitsform: _____ vom _____ bis _____
 Bemerkungen: _____

Aufnahme vom _____ Aufnahme vom **31. 4. 04** Aufnahme vom **16. 10. 19**




1944

Abb. 25: Ein Überlebender: Otto D.



Abb. 26: Ein Überlebender: Bruno S.



Abb. 27: Ein Überlebender: Willy S.



Abb. 28: Eine Überlebende: Lina P.

Unter den 3000 Akten der „T4“-Opfer unserer Hauptstichprobe finden sich 73 Akten von Patient/innen aus Uchtsprunge. Im Klinikarchiv Uchtsprunge haben wir weiterhin 52 Akten von überlebenden Patient/innen als Vergleichstichprobe untersucht. Diese beiden Gruppen möchten wir miteinander vergleichen, wobei wir auch den Blick auf die Gesamtgruppe der „T4“-Opfer einbeziehen werden. Hat man einige Dutzend Krankenakten hintereinander durchgesehen – sei es von Opfern oder überlebenden Patienten aus Uchtsprunge – so verschwimmen die Einzeleindrücke und verbinden sich zu einem Gesamtbild.

Mit den Akten geht es so wie mit den Photos: immer mehr Bilder von Jungen zwischen 6 und 12 Jahren, die skeptisch in die Kamera blicken, dann dieselben als junge oder schon etwas ältere Männer. Akten mit der Diagnose „Schwachsinn“ auf dem Deckel, Beschreibung von mehr oder weniger desolaten Familienverhältnissen, ein grüner Aufkleber „Familienpflege“ – dieser Haupteindruck bleibt von den Akten der 52 überlebenden Patientinnen und Patienten.

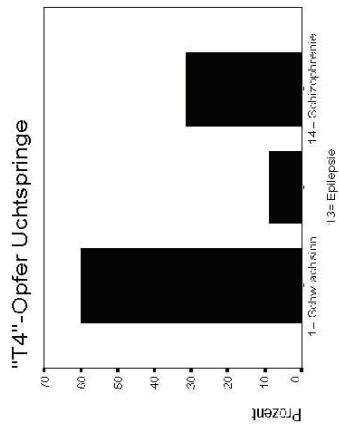
Familienpflege ist ein wichtiges Stichwort. Sie hat in Uchtsprunge eine ganz besondere Tradition. Konrad Alt, der erste Direktor der vor 110 Jahren gegründeten Anstalt war ein engagierter Verfechter dieser ursprünglich aus Belgien stammenden Verpflegungsform. So berichtete er auf einem internationalen Kongress im Jahr 1907 mit einigem Stolz: „Innerhalb von 10 Jahren ist in der Provinz Sachsen die nach meinen Vorschlägen angestrebte Familienpflege von 0 auf 500 angestiegen. Was bei uns gelang, ist auch anderswo möglich, wenn nur der ernste Wille besteht und der rechte Mann die Sache in die Hand nimmt“.²⁰

Wohl nicht zufällig erschien der genannte Vortrag von Konrad Alt in der „Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn“ – eine zweite Besonderheit der Anstalt Uchtsprunge scheint nämlich die Konzentration auf Patienten und Patientinnen mit der Diagnose „Schwachsinn“ gewesen zu sein [vgl. Abb. 22]

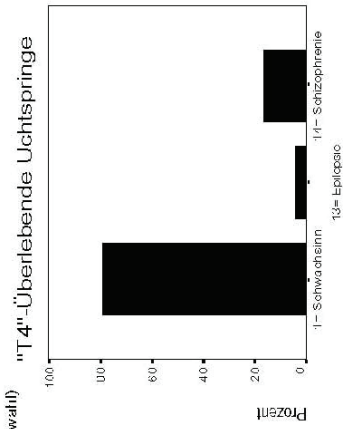
Unter den Opfern aus Uchtsprunge finden sich 56% Patient/innen, die man heute als minderbegabt bezeichnen würde, mit der damals üblichen Diagnose Schwachsinn. Unter den überlebenden Patient/innen aus Uchtsprunge allerdings waren es sogar 71% Patienten, die man als „schwachsinnig“ diagnostiziert hatte. In der Gesamtgruppe der 3000 „T4“-Opfer finden sich dagegen „nur“ 23%. Diese 23% entsprechen genau dem Anteil der Patient/innen dieser Diagnosegruppe, die jedenfalls im Jahr 1934 in der sogenannten „Irrenstatistik“ für die Anstalten des damaligen Reichsgebietes angegeben wurden²¹. Die Häufigkeit der Diagnose in Uchtsprunge kann demnach als lokale Besonderheit angesehen werden.

Auch andere Charakteristika unserer beiden Stichproben sind mit den lokalen Gegebenheiten verknüpft. Es ist fast eine Selbstverständlichkeit, dass in beiden Gruppen fast alle Patient/innen aus der damaligen Provinz Sachsen kamen. Um die Größenordnung zu verdeutlichen: In der Gruppe der Überlebenden stammten 50 von 52 Patient/innen aus dieser preußischen Provinz, jeweils einer kam aus Brandenburg, einer aus Ostpreußen. In der Opfergruppe ist es ähnlich (95%). Wenig erstaunlich ist insofern, dass bei der überwiegenden Mehrzahl der Patient/innen evangelisch als Religionszugehörigkeit angegeben wird (96% in der Vergleichstichprobe, 83% bei den

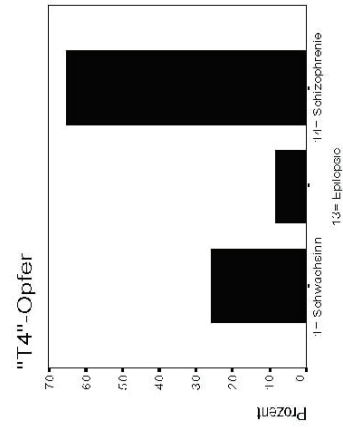
Opfern). Zum Vergleich: in der Wiener Gruppe unserer Vergleichstichprobe war bei 75% der Patient/innen „katholisch“ angegeben. Wien bietet sich auch an zur Illustration einer anderen lokalen Charakteristik: Während in Wien 96% der überlebenden Patient/innen aus der Stadt stammten und somit als aus einer Großstadt stammend klassifiziert werden konnten, waren dies in Uchtsprünge 35%. Diese Patient/innen hatten ursprünglich in den damals schon mehr als 100.000 Einwohner zählenden Städten Magdeburg, Erfurt, Halle und Bitterfeld gelebt. Beide untersuchten Uchtsprünge Gruppen zeigen eine ähnliche Verteilung mit etwa einem Drittel Großstadtpatient/innen, um die 40% aus Orten mit 5.000 und weniger Einwohnern und knapp 30% Personen aus Kommunen mit zwischen 5.000 und 100.000 Einwohnern. Mit der zugrundeliegenden Variable „Stadtgröße“ hatten wir die Hypothese überprüfen wollen, dass Patient/innen aus großen Städten wegen der dort herrschenden Anonymität evtl. leichter Opfer der „Aktion T4“ geworden sein könnten. Diesen Eindruck gewinnt man jedoch aus den Uchtsprünge Daten nicht. Regionales schlägt auch auf die Berufe der späteren Patient/innen bzw. auf die auf dieser Grundlage vorgenommene Schichtzuordnung durch. So finden sich in der Gruppe der Uchtsprünge Opfer einerseits weniger Tagelöhner und ungelernte Arbeiter als in der Gesamtstichprobe der „T4“-Opfer, dafür mehr gelernte Arbeiter, Landarbeiter und Bauern. Handwerker und kleine/mittlere Angestellte sind dagegen unterrepräsentiert. Entsprechend entsteht bei der Schichtzuordnung [vgl. Abb. 23] ein Übergewicht der Unterschicht gegenüber der Mittelschicht. In Wien als Gegenbeispiel waren Unter- und Mittelschicht nahezu gleichverteilt. Das hängt sicher mit dem dortigen großstädtischen Milieu zusammen. In der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung des damaligen Deutschen Reiches herrschte dagegen im Jahr 1933 folgendes Verhältnis: Zu diesem Zeitpunkt gehörten 54,5% der Unterschicht, 42,7% dem unteren Mittelstand an, entsprechend gering ausgeprägt war der obere Mittelstand und die Oberschicht.²² Auch in der Gesamtgruppe der Opfer liegen Unter- und Mittelschicht längst nicht so weit auseinander wie in beiden Uchtsprünge Gruppen: In der Gesamtgruppe der „T4“-Opfer gehörten nach unserer Einteilung 56% der Patient/innen zur Unterschicht – wahrscheinlich kein wesentlicher Unterschied zur Gesamtbevölkerung. Die Uchtsprünge Verhältnisse – mit weniger Unterschichtangehörigen unter den Opfern (74%) als unter den Überlebenden (89%) – muten zunächst paradox an, wenn man sich an der Hypothese orientiert, dass die Ärmsten wahrscheinlich am häufigsten betroffen gewesen sein dürften.



Diagnose nach Würzburger Schlüssel (Auswahl)



Diagnose nach Würzburger Schlüssel (Auswahl)



Diagnose nach Würzburger Schlüssel (Auswahl)

Abb. 29: Diagnosen

Natürlich spiegelt sich die Region auch in der Anstalt, in der die Patient/innen erstmals aufgenommen wurden. 89% der Patient/innen aus der Gruppe der Uchtspringer Überlebenden hatten, zumindest bei ihrem letzten Aufenthalt, nie die Anstalt gewechselt. Die wenigen, die erst auf Umwegen nach Uchtspringe kamen, stammten meist aus nicht weit entfernten Anstalten wie Altscherbitz, Jerichow oder Neuhaldensleben. In der Gruppe der Opfer ist dies ähnlich. An dieser Stelle ist aber auf einen Unterschied zwischen der Gruppender Opfer und der Gruppe der Überlebenden hinzuweisen: 85% der Überlebenden waren in Uchtspringe aufgenommen worden und hatten diese Anstalt nie verlassen. Dies traf dagegen nur auf 59% der Opfer zu. Entsprechend mehr Patient/innen der Opfergruppe waren 1-3 mal verlegt worden. [vgl. Abb. 24] Die Hypothese, dass häufige Verlegungen ein Maß für soziale Entwurzelung darstellen könnten und dass die wiederum häufiger mit dem Opferschicksal verknüpft war, könnte durch diesen Befund gestützt werden.

In der Uchtspringer Opfergruppe sind die Geschlechter mit 51% Frauen und 49% Männern nahezu gleichverteilt. [vgl. Abb. 25] Bei den Überlebenden überwiegen die Männer mit 64% deutlich. In der Gesamtgruppe der Opfer sind Frauen mit 54% deutlich überrepräsentiert, was sich nicht allein mit dem leichten Frauenüberhang in den damaligen Anstalten insgesamt erklären lässt (der erklärt ca. 1%)²³. Es sind übrigens allein die Frauen mit der Diagnose Schizophrenie, aufgrund deren die Differenz in der Gesamtgruppe der Opfer entsteht, bei den anderen entscheidenden Diagnosegruppen überwiegen Frauen nicht.

Vergleicht man die Geburtsdaten von Opfern und Überlebenden aus Uchtspringe, so stellt man fest, dass 34% der Opfer unter 20 Jahren waren, dagegen „nur“ etwa 10% der Überlebenden. Der jüngste Patient in unserer Gruppe von Überlebenden war Ende 1940 acht Jahre alt, in der Opfergruppe findet sich ein fünfjähriges Mädchen und zwei 7-jährige Kinder, ein Junge und ein Mädchen, die Kinder waren also tendenziell auch jünger. In der Opfergruppe finden sich deutlich mehr Patient/innen über 50 Jahre als in der Vergleichsgruppe, wo demgegenüber mehr Patient/innen in der Altersgruppe 20 bis 50 vertreten sind – ein möglicher Zusammenhang zum Kriterium Arbeitsfähigkeit drängt sich geradezu auf. Eine weitere Beobachtung, die wohl mit dem Alter der Patient/innen zusammenhängt, wirkt geradezu zynisch: In der Opfergruppe waren 5 (7%) Kriegsteilnehmer, bei den Überlebenden nur einer (2%). Obwohl ja ursprünglich Kriegsteilnehmer von der „Aktion T4“ aufgenommen werden sollten, scheint in Uchtspringe diese Eigenschaft real nicht geschützt zu haben – auch nicht bei dem Patienten, der eine Auszeichnung erhalten hatte. Auf die Radikalität in der Durchführung der „Euthanasie“-Maßnahmen weist auch hin, dass sich unter den Opfern deutlich mehr Patient/innen finden, deren Aufenthaltsdauer unter 5 Jahren liegt. [vgl. Abb. 26]

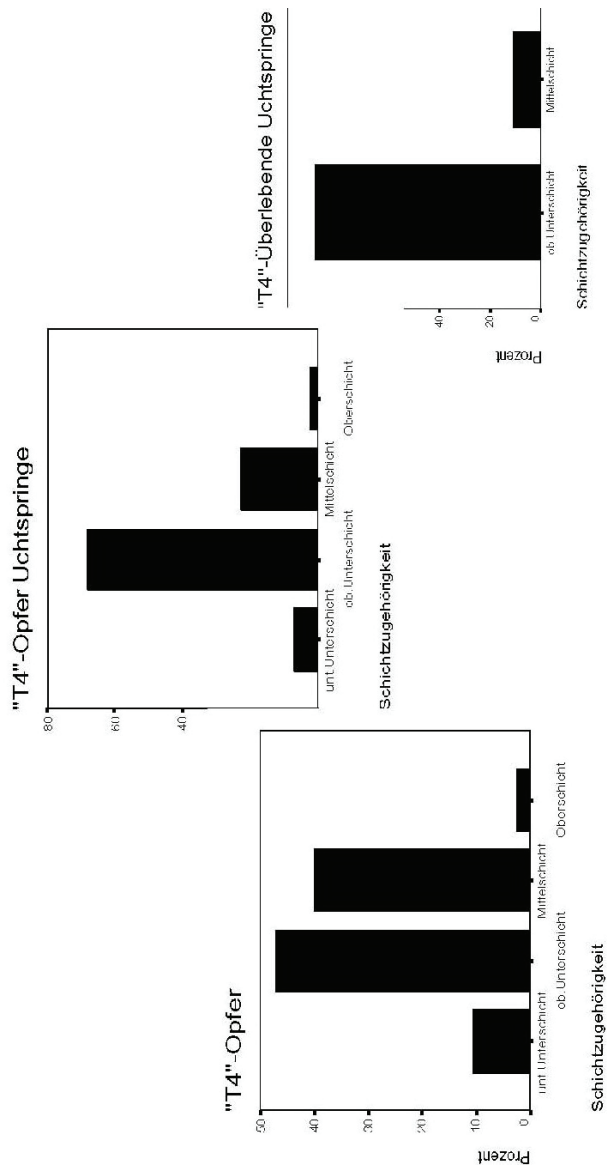


Abb. 30: Schichtzugehörigkeit

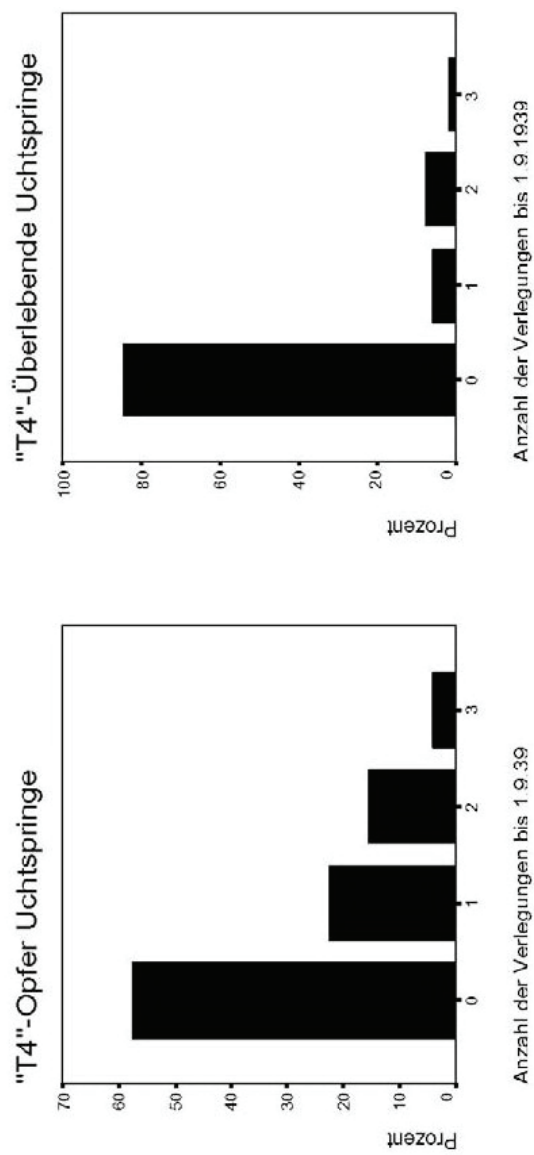


Abb. 31: Verlegungen

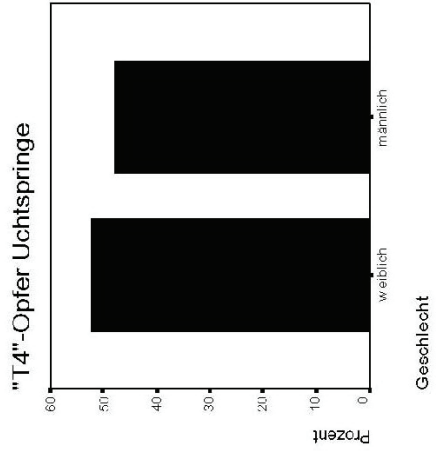
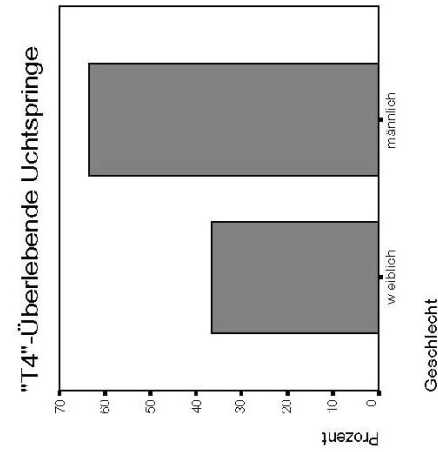


Abb. 32: Geschlecht

Auch in der Verteilung der Diagnosen gibt es Unterschiede: Wie schon erwähnt, finden sich in beiden Gruppen überdurchschnittlich viele Patient/innen mit der Diagnose Schwachsinn. Es fällt zusätzlich auf, dass diese Diagnosegruppe um 15% stärker bei den Überlebenden vertreten ist als bei den Opfern. In Uchtsprünge scheint also die Zugehörigkeit zu dieser Gruppe eher geschützt zu haben. Bei der Schizophrenie ist es umgekehrt: In der Opfergruppe finden sich deutlich weniger schizophrene Patient/innen als in unserer Hauptstichprobe der 3000 Opfer, nämlich 29% im Gegensatz zu 57%. Jedoch sind es immer noch fast doppelt so viele wie in der Gruppe der Uchtspringer Überlebenden (17%). Die Diagnose Schizophrenie stellte also hier wie anderswo einen gewichtigen Risikofaktor für die Ermordung dar. Die dritte für unsere Untersuchung bedeutsame Diagnosegruppe Epilepsie ist unter den Opfern etwa doppelt so häufig vertreten, jedoch sind die Zahlen insgesamt gering (4% versus 8%).

Mit der Diagnose in gewisser Hinsicht in Zusammenhang steht die Variable „Bildungsfähigkeit“. [vgl. Abb. 27] Insgesamt erhöhte das Urteil „bildungsunfähig“ mit Sicherheit das Risiko, ermordet zu werden. Eine Stellungnahme zu diesem Bereich findet sich erwartungsgemäß vor allem in Akten mit der Diagnose „Schwachsinn“. Berücksichtigt man nun nur diejenigen Patient/innen der beiden Gruppen, bei denen sich eine Stellungnahme zur „Bildungsfähigkeit“ findet, so zeigt sich ein deutlicher Unterschied: 70% in der Opfergruppe waren als bildungsunfähig eingestuft worden, 22% als eingeschränkt bildungsfähig. Unter den Überlebenden finden sich dagegen nur 5% „bildungsunfähige“ Patient/innen, 85% hielt man für eingeschränkt bildungsfähig.

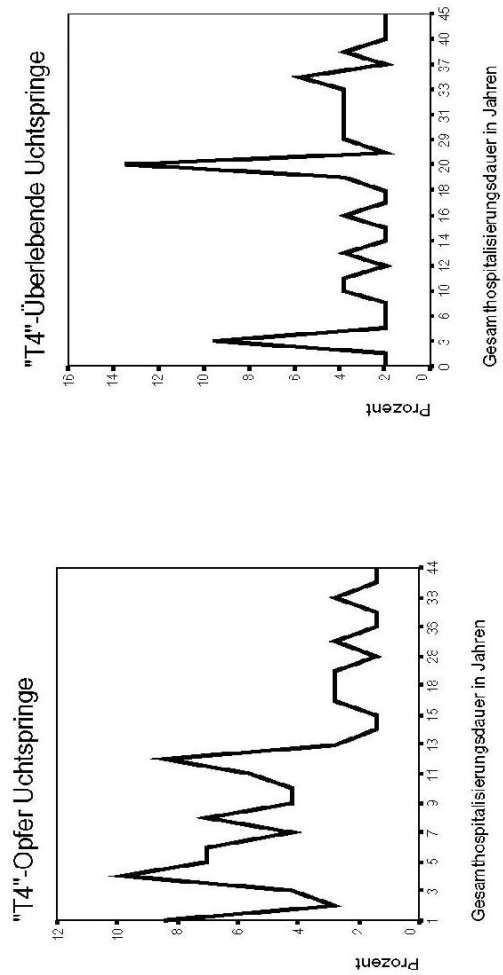


Abb. 33: Aufenthaltsdauer

Hier liegt nun die Vermutung nahe, dass die als teilweise „bildungsfähig“ eingeschätzten Menschen diejenigen waren, die man für die landwirtschaftliche Arbeit anlernen und hier gut verwenden konnte. Die Auswertung unserer Variable „Schule“ korreliert gut mit dieser Beobachtung: Während in der Opfergruppe 26% gar keine Schule besuchten oder besucht hatten, kommt diese Kategorie unterden Überlebenden gar nicht vor. Hier hatte ein großer Anteil von 54% die Hilfsschule besucht, was dagegen nur 21% der Opfer möglich gewesen war. Übrigens waren die Kinder aus der Opfergruppe bei ihrer ersten Aufnahme auch schon deutlich jünger als diejenigen, die später überleben sollten. Auch dies weist darauf hin, dass sie als schwerer eingeschränkt wahrgenommen wurden.

Weiterhin haben wir uns gefragt, ob sich die beiden Gruppen auch bezüglich der Durchführung eines anderen NS-Unrechtes, der Zwangssterilisation unterscheiden. Und tatsächlich fällt hier eine deutliche Differenz ins Auge. Bei den Opfern wurde wesentlich seltener eine Sterilisation durchgeführt, gesichert „nur“ in 19% der Fälle, dagegen bei 64% der Patient/innen der Vergleichstichprobe. Teils mag dies daran liegen, dass unter den Opfern mehr Kinder und alte Menschen waren. Jedenfalls ist die Ursache nicht einer wesentlich abweichende Einschätzung der Erbllichkeit: Bei 85% der Überlebenden und bei rund 90% der Opfer wurde eine Erbllichkeit angenommen. Als Erklärung für eine so auffällig unterschiedliche Sterilisationspraxis kommt vor allem wiederum der Zusammenhang mit Arbeit in Betracht: Bei Patienten, die sich in Familienpflege befunden haben, ging man wahrscheinlich von einer „Fortpflanzungsgefahr“ aus, und unterden Überlebenden waren ja sehr viele Patienten in Familienpflege. Diese Tatsache dürfte andererseits häufig ihre Rettung gewesen sein, bei 54% der Überlebenden ist dies anzunehmen. Zu ihrer „Nützlichkeit“ kam vielleicht noch hinzu, dass in der Zeit, in der die Patient/innen außerhalb bei Familien waren, kaum Einträge in die Akten gemacht wurden. Die Patient/innen gerieten vermutlich aus dem Blickfeld, was sich zur Zeit des Ausfüllens von Meldebögen positiv ausgewirkt haben dürfte.

Der Hauptvorteil der überlebenden Patient/innen dürfte aber ihre Arbeitsfähigkeit gewesen sein – diese Hypothese gilt es nun zu überprüfen. Zunächst soll vergleichend aufgezeigt werden, in welchen Arbeitsbereichen die Patient/innen tätig waren [vgl. Abb. 28].

Domäne der Frauen waren in Uchtsprünge wie anderswo vor allem die Nähstube und die „Schälküche“. In letzterer arbeiteten in Uchtsprünge aber auch knapp 1/3 Männer. Diese waren sonst vor allem in der Aussenarbeit, in Handwerk und Büro anzutreffen. Rein mechanische Arbeit, das sogenannte „Zupfen“ von textilem Material, wurde gewöhnlich von beiden Geschlechtern durchgeführt und stellte wenig Ansprüche an die Arbeitsfähigkeit. In Uchtsprünge scheint diese Arbeitsform keine besondere Bedeutung gehabt zu haben – nur unter den Opfern ist hier ein Patient mit dieser Tätigkeit erwähnt

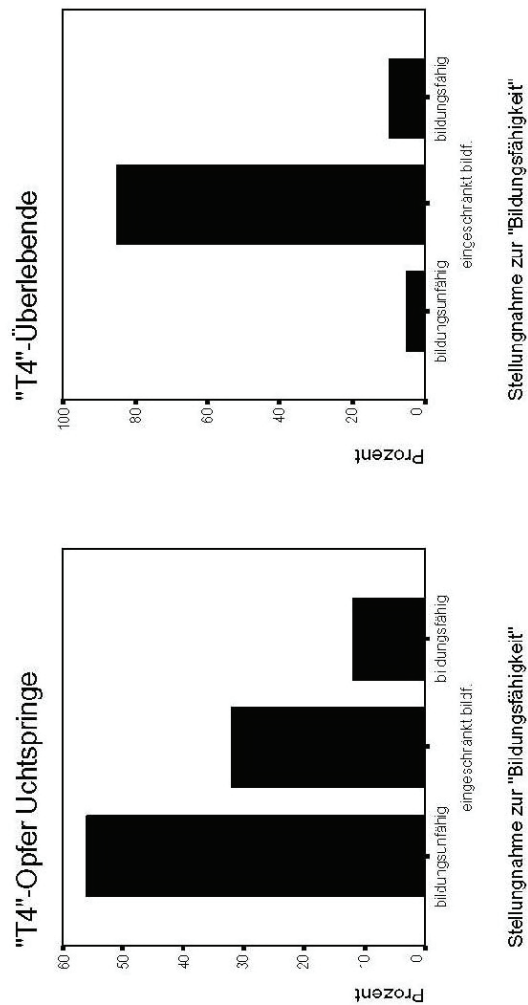


Abb. 34: „Bildungszugehörigkeit“

im Vergleich zu 5% in unserer Hauptstichprobe. Außenarbeiter waren für die Anstalten stets besonders wichtig. Es ist daher verwunderlich, dass sich auch unter den Opfern immerhin etwa 10% Aussenarbeiter finden, dies genauso in der Hauptstichprobe (11%) wie unter den Uchtspringer Opfern (10%). Unter den Uchtspringer Überlebenden waren 15% Aussenarbeiter. Diese Zahl wirkt eher niedrig, allerdings fließen hier eine Reihe von Fällen nicht ein, in denen Patienten in Familienpflege waren und andere, ähnlich hoch geschätzte Aufgaben erfüllten. Das Risiko, ermordet zu werden, war auch bei den Patienten etwas geringer, die in der Schälküche (5% Unterschied) oder bei Handwerks- und Büroarbeiten (4% Unterschied) eingesetzt waren. Für Hausarbeit könnte dasselbe gelten. In der Akte des 52-jährigen Herrmann H. wurde jedenfalls im Januar 1941 vermerkt „soll in eine andere Anstalt verlegt werden“. Im Februar jedoch wurde notiert: „Ist nicht verlegt worden. Sehr guter Hausarbeiter“²⁴. Doch der wesentliche Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht darin, dass in der Opfergruppe 54% gar nicht arbeiteten, genau die Hälfte davon, weil sie Kinder waren. In der Überlebendengruppe dagegen arbeiteten alle Erwachsenen, nur 2 Kinder (4% der Gesamtgruppe) arbeiteten nicht.

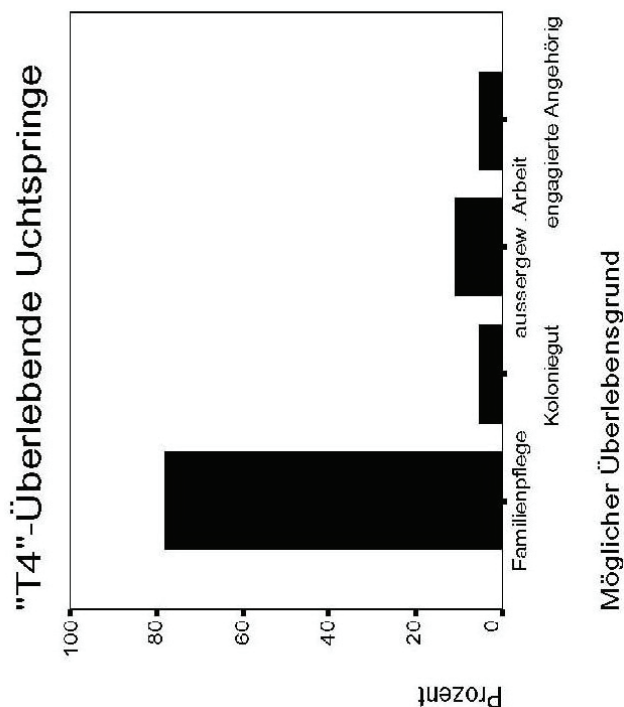


Abb. 35: Möglicher Überlebensgrund

Die Arbeitsbereiche trennen nicht sehr scharf zwischen den beiden Gruppen. Anders sieht es bei der Arbeitsbewertung aus. Von allen 31 arbeitenden Patient/innen der Opfergruppe erhielten (immerhin) zwei Drittel eine positive, ein Drittel eine negative Bewertung in der Krankengeschichte. Von den 49 überlebenden Arbeitenden erhielten 96% eine positive und die verbleibenden 4% eine „mäßig negative“ Einschätzung.

Als ein weiteres Selektionskriterium der „Aktion T4“ kann wohl auch die Bewertung des Verhaltens der Patienten gelten. Jedenfalls ist festzustellen, dass Patient/innen, die von den Ärzten in den Krankengeschichten als gefährlich eingeschätzt wurden, in Uchtsprünge die „Aktion T4“ nicht überlebt haben – hiervon gibt es in unserer Stichprobe nur eine Ausnahme. Dagegen gehörten 33% der Opfer zu den drei Kategorien „störend“, „unruhig“ und „potentiell gefährlich“. Im Einzelnen: Als „stumpf“ wurden 34% der Opfer und 16% der Überlebenden beurteilt, als ruhig 15% der Opfer, aber 59% der Überlebenden, als angenehm immerhin 18% der Opfer, aber mit 20% unter den Überlebenden doch noch etwas mehr. „Ruhig“ war also mit Sicherheit diejenige Eigenschaft, die am besten vor der Ermordung schützen konnte, vielleicht war sie auch eine Voraussetzung, um in Familienpflege gelassen zu werden. Tatsächlich trifft auf fast 60% der Patient/innen, als deren Überlebensgrund Familienpflege angenommen werden kann, auch zu, dass sie als ruhig eingeschätzt wurden. Erwähnt werden soll an dieser Stelle noch, dass die Verhaltensbewertung auch teilweise deutlich geschlechtsspezifisch ausfällt: Als gefährlich wurden unter den Opfern in Uchtsprünge fast nur weibliche Patient/innen eingeschätzt, bei den Männern dagegen überwiegt die Bewertung „stumpf“. Bei den Überlebenden, unter denen ja ohnehin weniger Frauen waren, wurden die männlichen Patienten häufiger als „angenehm“ eingestuft (14% der Männer, 6% der Frauen).

Wir haben auch untersucht, ob in den Krankengeschichten der Opfer häufiger Zwangsmaßnahmen dokumentiert wurden. Dies ist der Fall, bei 9% der Opfer, meist Frauen, wurden solche Maßnahmen verzeichnet, dagegen nur bei einem überlebenden Mann. Als unkompliziert wurden 94% der Überlebenden angesehen, immerhin aber auch 71% der Opfer. Untersucht man den Pflegeaufwand, wird der Unterschied deutlicher. Fast alle überlebenden Patienten schätzte man als pflegerisch unaufwendig ein. Dies traf jedoch nur auf 52% der Opfer zu. Negativ schlugen hier vor allem der Überwachungsaufwand und Unsauberkeit wie Kotschmierer in jeweils 16% zu Buche.

Im Meldebogen wurde auch nach „körperlich unheilbarer Krankheit“ gefragt, insofern kommt eine körperliche Behinderung auch als Selektionskriterium in Betracht. Tatsächlich hatten bei den Überlebenden 92% keine und 6% eine leichte Behinderung. Dagegen hatten von den Opfern 20% schwere und mittelschwere Behinderungen. Übrigens wurden die Opfer in Uchtsprünge tendenziell auch schon vor ihrer Ermordung schlechter versorgt: bei 10% mehr Patient/innen wird hier eine Gewichtsabnahme in der Akte vermerkt. Dies deutet darauf hin, dass hier wie sonst auch vielerorts die arbeitenden Patienten besser versorgt wurden.

Insgesamt gewinnt man den Eindruck eines erheblichen Unterschiedes zwischen beiden Gruppen. Deutlich wird vor allem auch, dass offenbar Nützlichkeitsabwägungen bei den Selektionskriterien eine große Rolle spielten und ideologische Be-

weggründe weniger bedeutsam waren. So zeigen sich wenige Unterschiede bei Kriterien wie Erblichkeit, Rasse, Schicht oder sozialer Auffälligkeit, dafür aber in den Bereichen Arbeitsfähigkeit, körperliche Behinderung, Bildungsfähigkeit, Verhalten und Pflegeaufwendigkeit.

Zum weiteren Schicksal der Überlebenden ist Folgendes nachzutragen: Etwa 80% überlebten das Kriegsende, weitere 27% starben bis 1949, davon wurde ein Patient während der Besetzung nach dem Krieg laut Akte „von Ausländern erschlagen“. 10% verstarben später in Uchtspringe, als letzte Irmgard G. 86-jährig im Jahr 2001²⁵. Fast genauso viele Patienten wurden nach und nach entlassen, weniger verlegt. In den meisten Fällen verliert sich damit ihre Spur. Im Fall von Hans G. zeigt eine in der Akte erhaltene Korrespondenz aus späterer Zeit, dass der ehemalige Patient mit der Diagnose „Milieuschaden“ den Beruf des Krankenpflegers ergriffen hatte²⁶.

**Biographie II: „Kommt dem Arzt stets freundlich entgegen“
Gustav F.**

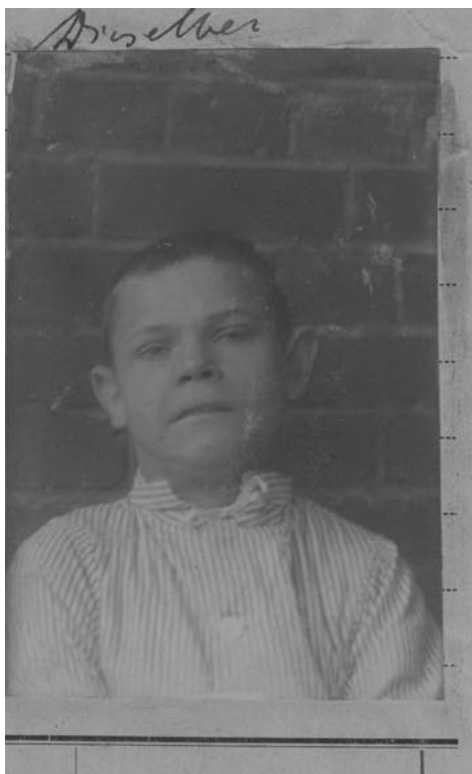


Abb. 36: Ein „T4“-Opfer: Gustav F. (um 1920)

Der am 2.6.1909 in Zeppernick/ geborene Gustav F. [vgl. Abb. 29] wird am 19. Juni 1920 von seinem Vater, von dem in der Krankenakte nicht weiter die Rede ist, in die Landesheilanstalt Uchtspringe begleitet. Neben der Diagnose „Idiotie“ leidet Gustav F. an einer spastischen Lähmung beider Beine, weshalb er in Uchtspringe meist im Bett liegt. Wenn er Gelegenheit dazu hat, bewegt er sich kriechend auf dem Fußboden des Zimmers²⁷, manchmal wird er auch auf ein Sofa²⁸, später in einen Stuhl gesetzt.²⁹ Bei seiner Aufnahme gibt er scheinbar nur „einsilbig Auskunft“, so der Arzt, weiter beschreibt er den Patienten jedoch als „ruhig, freundlich, zutraulich.“³⁰ An anderer Stelle heißt es sogar empathisch: „Patient ist geistig regsam, fragt, spricht, freut sich über eine Karte seiner Angehörigen.“³¹ Mehrfach wird betont, dass der Knabe „recht geweckt“ sei, obwohl er keine Schule besucht hat und nicht konfirmiert ist. Wenngleich er nicht schreiben kann – vermutlich weil auch seine Hände zumindest teilweise gelähmt bzw. verkrampft sind³², – so verfügt er doch über Kenntnisse im Rechnen. Ärztlicherseits wird Gustav F. zunächst als „bildungsfähig“ eingeschätzt³³, ob er die Anstaltsschule besucht, geht jedoch aus der Akte nicht hervor, die Einträge deuten aber eher darauf hin, dass er nicht unterrichtet wird. Heiter und folgsam sei er, so heißt es weiter, und „freut sich namentlich über Briefe und Karten von zu Hause, die er sich vorlesen lässt.“³⁴ Selten sei er etwas verstimmt, ob er Heimweh hat, notiert einer der Ärzte.³⁵ Da Gustav F. „sonst mit nichts beschäftigt werden kann“³⁶, beginnt er, Papier und andere Dinge zu reißen. Schon bald greift er auf Hemden und Bettwäsche zurück³⁷ und kratzt „auch die Farbe von den frisch gestrichenen Wänden“. ³⁸ Obwohl in der Krankengeschichte festgehalten wird, dass die Diagnose „Schwachsinn“ auf eine Zangengeburt zurückgeht³⁹, heißt es an anderer Stelle, dass der Patient als erbkrank anzusehen sei.⁴⁰ Sterilisiert wird Gustav F. nicht, eine „Fortpflanzungsgefahr“ ist in seiner Situation nicht zu befürchten. Ab 1926 bereits werden die Einträge in der Krankengeschichte spärlicher, häufig finden sich nur noch eine, höchstens drei Bemerkungen pro Jahr. So erfahren wir aus dem Jahr 1934: „Sitzt meistens auf einem bestimmten Platz, beobachtet die Vorgänge in seiner Umgebung mit Interesse. Kommt dem Arzt stets freundlich entgegen, will immer auf Urlaub fahren.“⁴¹ Und ein Jahr später bittet der inzwischen 26jährige, nach wie vor als geistig rege beschriebene junge Mann dauernd darum, beurlaubt zu werden oder nach Hause schreiben zu dürfen. „Die Karten müssen ihm geschrieben werden. Er sagt aber den Text vor“⁴², hält der Arzt fest. 1937 scheint es eine Phase größerer Unzufriedenheit gegeben zu haben, denn der sonst so ruhige, gleichbleibend heitere und zufriedene Gustav F. streitet häufig mit anderen Kranken und ist „unfolgsam“. ⁴³ Die letzten Einträge in der Krankengeschichte stammen aus den Jahren 1939 und 1940. Am 21. August 1940 wird seine Akte geschlossen mit der Bemerkung: „Oft unzufrieden; will nicht hierbleiben. Beruhigt sich aber wieder, ist ruhig und freundlich. Guter Ernährungszustand. Soll in eine andere Anstalt verlegt werden.“ Wann genau Gustav F. ermordet wurde, ist nicht zu sagen. Er war ein eher ruhiger und ange-

nehmer Patient, der als bildungsfähig deklariert, aber offenbar nicht beschult wurde. Es bestand Kontakt zur Familie, wie eng die Bindungen waren, lässt sich aufgrund der Aktenlage nicht entscheiden. Aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen zählte Gustav F. zu den nicht arbeitsfähigen Kranken. Dies und die Tatsache, dass er in gewissem Umfang auf Pflege angewiesen war, wird entscheidend dazu beigetragen haben, dass der 31jährige 1940 vergast wurde.

Anmerkungen

¹ Daniel Ganzfried: *Der Absender*. Berlin 2002 (Erstausgabe Zürich 1995), S. 23.

² Schröder, Wilhelm Heinz: *Kollektive Biographien in der historischen Sozialforschung: Eine Einführung*, in: ders. (Hg.): *Lebenslauf und Gesellschaft. Zum Einsatz von kollektiven Biographien in der historischen Sozialforschung* (Historisch-Sozialwissenschaftliche Forschungen 18), Stuttgart 1985, S. 7-17.

³ Vgl. z.B. Banach, Jens: *Heydrichs Elite. Das Führerkorps der Sicherheitspolizei des SD 1936-1945*, Paderborn 1998 und Wildt, Michael: *Die Generation des Unbedingten. Das Führungskorps des Reichssicherheitshauptamtes*, Hamburg 2002.

⁴ Es handelt sich um den Bestand R 179, Kanzlei des Führers, Hauptamt II b („Euthanasie“-Patientenakten) im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde. An dieser Stelle möchten wir Herrn Archivrat Matthias Meissner herzlich für die freundliche Zusammenarbeit danken.

⁵ Bernburg/Saale, Brandenburg/Havel, Grafeneck bei Münsingen / Schwäbische Alb, Hadamar bei Limburg, Hartheim bei Linz/Österreich, Sonnenstein in Pirna/Dresden.

⁶ Das Projekt wird betreut von der Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg und dem dortigen Medizinhistorischen Institut. Antragsteller sind Prof. Dr. Christoph Mundt, Prof. Dr. Wolfgang U. Eckart und Gerrit Hohendorf. Maïke Rotzoll hat die für die Antragstellung notwendige Vorstudie mit 185 Patientenakten durchgeführt und arbeitet in der Arbeitsgruppe ebenso mit wie Paul Richter, der die Datenverarbeitung und Auswertung betreut. Die Projektbetreuung vor Ort liegt in den Händen von Petra Fuchs. Die interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppe (Medizin, die Psychiatrie, die Erziehungswissenschaft und die Geschichte) besteht aus insgesamt zehn Personen, den genannten vier wissenschaftlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und einer Gruppe aus fünf studentischen und einer wissenschaftlichen Hilfskraft, die im Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde tätig ist.

⁷ Für die freundliche Unterstützung danken wir Herrn Dr. V. Lischka und Herrn Prof. Dr. C. Tögel.

⁸ Bundesarchiv Berlin, Bestand R 179, Nr. 7099.

⁹ Ebd., vgl. Krankengeschichte. Eine solche mehrjährige Lücke in der Krankengeschichte findet sich auch bei manchen Patient/innen der Vergleichsstichprobe, sie steht dort aber eher im Zusammenhang mit der Unterbringung der Kranken in Fami-

lienpflege.

¹⁰ Ebd., Verwaltungsakte Bl. 15, 16 und Karte von Käthe J., Datum nicht erkennbar, unpaginiertes Blatt der Akte.

¹¹ Ebd., Verwaltungsakte Bl. 18, Antwort der LHA Uchtsprunge an Käthe J. vom 19.02.1937.

¹² Ebd., Verwaltungsakte Bl. 7, ärztliches Gutachten vom 8.04.1935.

¹³ Ebd., Verwaltungsakte Bl. 9, Erblichkeitsbogen B.

¹⁴ Ebd., Krankengeschichte, Abschrift des ärztlichen Gutachtens, unpaginiert.

¹⁵ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 14.6.35.

¹⁶ Ebd., Krankengeschichte, Schulprüfungsbericht der LHA Uchtsprunge vom 23.7.35.

¹⁷ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 20.7.35.

¹⁸ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 18.10.1935.

¹⁹ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 26.08.1940.

²⁰ Konrad Alt, Über ländliche Beschäftigung der Kranksinnigen in Anstalt und Familienpflege, Wiederabdruck in: Uchtspringer Schriften, Bd. 1 (2003), S. 153-165 (erstmal erschienen 1908), hier S. 162.

²¹ Irrenstatistik von Paul Nitsche, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 104 (1936), S. 301.

²² Banach (s.o.), S. 86.

²³ Ende 1933 beispielsweise 73.348 Männer und 75.192 Frauen in Landes-, privat- und charitativen Anstalten, Irrenstatistik 1933.

²⁴ Aufnahmenummer 5187.

²⁵ Aufnahmenummer 12858. Das Todesdatum hat Sascha Topp herausfinden können.

²⁶ Aufnahmenummer 15827.

²⁷ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 1.07.1925, vom 1.10.1925 und vom 9.11.1926.

²⁸ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 18.10.1925.

²⁹ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 12.03.1935 und vom 7.10.1939.

³⁰ Bundesarchiv Berlin (BAB), R 179, Kanzlei des Führers, Hauptamt II b, Nr. 6748, Krankengeschichte, Eintrag vom 19.06.1920.

³¹ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 22.06.1920.

³² Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 1.07.1925.

³³ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 26.06.1925.

³⁴ Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 1.10.1925.

³⁵ *Ebd.*

³⁶ *Ebd.*

³⁷ *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 24.12.1925.*

³⁸ *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 24.07.1926.*

³⁹ *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 26.06.1925.*

⁴⁰ *Ebd., Krankengeschichte, Stempel „Erbkrank“ auf dem Aufnahmebogen.*

⁴¹ *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 9.09.1934.*

⁴² *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 12.03.1935.*

⁴³ *Ebd., Krankengeschichte, Eintrag vom 30.03.1937.*

Quelle: Tögel, Christfried & Lischka, Volkmar (Hg). 2005. "Euthanasie" und Psychiatrie. Uchtspringe: Sigmund-Freud-Zentrum, S. 37-68.

8. Psychiatrie wird politisch - Die dritte Psychiatriereform

Trotz aller Reformen der vergangenen 200 Jahre konnte auch im 20. Jahrhundert von einer Gleichstellung der psychisch und physisch Kranken lange nicht die Rede sein. Zumal die Psychiatrie in Deutschland während der Nazi-diktatur mit den Euthanasiemorden einen furchtbaren Rückschlag erlitt. In ganz Deutschland verwahrte man psychisch Kranke noch bis in die 1970er Jahre unter unzumutbaren Zuständen in veralteten, überfüllten Kliniken. Es herrschte Pflegenotstand pur, auf einen Arzt kamen fast zehnmal so viele Patienten wie vorgegeben. Nur aufgrund unermüdlicher Initiative einiger mutiger Vorstreiter in Ost und West, vor allem aus der jungen Garde der Psychiater, wurden die Reformbestrebungen in der Psychiatrie im damals noch geteilten Deutschland wieder aufgenommen: In der DDR 1963 mit der Verkündung der Rodewischer Thesen und in Bundesrepublik 1971 mit der Einrichtung einer Enquête-Kommission im Deutschen Bundestag. Beides führte zu neuen, wegweisenden Impulsen in der Psychiatrie. Für das 21. Jahrhundert ist zu hoffen, dass auch diese Reformen immer wieder reformiert werden. Zum Wohl der psychisch Kranken, ihrer Angehörigen und unserer Gesellschaft.

8.1 Hans Roemer - Die offene Geisteskrankenfürsorge und die wissenschaftliche Psychiatrie (1927)

Hans Römer (1887–1947) war ein deutscher Psychiater und von 1929–1940 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Als das Euthanasieprogramm anlief ließ er sich vorzeitig in den Ruhestand versetzen. Gemeinsam mit Gustav Kolb und Valentin Faltilhauser trat er für eine Reform der psychiatrischen Versorgung ein.

Die offene Fürsorge bringt der Psychiatrie eine Erweiterung ihrer Aufgaben und zugleich ihrer Erfahrungen. Die neuen Aufgaben müssen nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten, die bei den Anstaltsärzten teilweise eine neue Einstellung nötig machen, in Angriff genommen, und die neuen Beobachtungen, die sich bei der Fürsorgetätigkeit ergeben, müssen wissenschaftlich verwertet werden. Die Doppelaufgabe, die hieraus folgt, besteht somit einmal in der Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse auf die praktische Fürsorgearbeit und dann in der Auswertung der praktischen Fürsorgearbeit für die wissenschaftliche Forschung.

1. Die Anwendung der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf die praktische Fürsorgearbeit.

Die neuen Fragestellungen, die den Anstaltsärzten aus der Einführung der Fürsorge erwachsen, beziehen sich im Wesentlichen auf die Dauer bzw. die Abkürzung der Anstaltsunterbringung. Die Fürsorge hat die Aufgabe, die Anstaltsbehandlung auf das unumgängliche Mindestmaß einzuschränken und an ihrer Stelle die Wahrnehmung der Kranken im freien Leben fortzusetzen. Die Erfüllung dieser Aufgabe hängt demnach in erster Linie davon ab, dass die für die Entlassung zuständigen und verantwortlichen Anstaltsdirektoren einschließlich der Abteilungsärzte den richtigen Zeitpunkt für die Überführung des Kranken aus der geschlossenen in die offene Fürsorge erkennen und benützen. Wie die oben angeführten umfangreichen empirischen Erfahrungen im In- und Ausland dartun, liegt dieser Zeitpunkt erheblich früher als bei der Entlassung in das freie Leben ohne den begleitenden Schutz der offenen Fürsorge. Die Aneignung dieser veränderten Betrachtungsweise, die einer weitgehenden Umstellung des gewohnten irrenärztlichen Denkens mit der oft allzu starken Betonung der Verantwortlichkeit des Anstaltsleiters gleichkommt, setzt bei den Irrenärzten eine kritische Selbstbesinnung voraus, die naturgemäß nicht von heute auf morgen allgemein durchdringen kann, jedoch durch die neueren Fortschritte der wissenschaftlichen Erkenntnis wesentlich erleichtert wird. Dasselbe Problem, gewissermaßen von der anderen Seite her, beschäftigt den Fürsorgearzt, wenn er vor der Frage steht, nach welchen Indikationen er bei den entlassenen und den der Fürsorge neu zugehenden Kranken zur Unterbringung in der geschlossenen Anstalt schreiten muss; hat doch die Erfahrung gelehrt, dass die Zahl der frei lebenden latenten wie manifesten Geisteskranken, die mit der Irrenanstalt nie etwas zu tun hatten, weit größer ist als man bisher allgemein, namentlich in den Anstalten, angenommen hatte, eine Tatsache, die naturgemäß eine gewisse Zurückhaltung in der Beschränkung der persönlichen Freiheit nahe legt.

Will man nun den richtigen Zeitpunkt für die Beendigung der Anstaltsbehandlung nicht versäumen, so ist neben der genauen und fortlaufenden Orientierung über die häuslichen Verhältnisse erfahrungsgemäß eine ununterbrochene persönliche Fühlung zwischen dem Arzt und dem Kranken erforderlich. Eine derartig eingehende Beschäftigung mit dem Kranken, wie sie in der früheren Ära der ätiologisch klinischen Methode keineswegs für erforderlich gehalten wurde, wird durch die herrschenden Zeitströmungen philosophischer und psychologischer Art sowie ihre weitgehenden Auswirkungen in der Psychopathologie ohne Zweifel ganz allgemein begünstigt, wie denn auch der stärkeren Betonung der therapeutischen und sozialen Aufgaben in der Psychiatrie durch sie starker Vorschub geleistet wird. Es ist ferner nicht zu leugnen, dass die intimere Kenntnis der kranken Persönlichkeiten, wie sie der Erforschung des Aufbaues der Psychose nach BIRNBAUM und der erbten psychologischen und somatologischen Konstitution nach KRETSCHMER verdankt wird, ganz allgemein die klinische Beurteilung auch der Entlassungsmöglichkeiten bestimmter und zuverlässiger gestaltet hat, und dass die fortschreitende Erfahrung über die erbbiologischen Zusammenhänge für die wichtige Beurteilung der häufig gleichfalls abnormen Angehörigen der Fürsorge außerordentlich wichtige Anhaltspunkte liefert.

Was nun im Einzelnen die wissenschaftlichen Indikationen der Frühentlassung angeht, so besteht Übereinstimmung darüber, dass bei manischdepressivem Irresein die Stimmungs labilität und der Selbstmordtrieb dringend Vorsicht erfordern, und dass beim Alkoholismus nicht selten äußere Gründe ärztlich unerwünschte, ja nicht gerechtfertigte verfrühte Entlassungen erzwingen. Bei den Organikern ist, sofern eine gewisse Aufsicht durch verständige Angehörige gesichert werden kann, die Unterbringung in der Familie häufiger und früher, als es bisher üblich war, möglich. Bei den Paralytikern kommt es im Zusammenhang mit der Fieberbehandlung an sich leichter als früher zur Entlassung in die Fürsorge. Auch die Epileptiker können bei einigermaßen günstigen Familienverhältnissen und Fortsetzung der medikamentösen Behandlung länger außerhalb der Anstalt gehalten werden. Die größte Bedeutung kommt in unserem Zusammenhange der Schizophrenie zu; denn einmal bilden gerade die Schizophrenen den Grundstock unserer Anstaltsbestände, so dass die Abkürzung des Anstaltsaufenthalts bei ihnen quantitativ am stärksten ins Gewicht fällt; zum anderen handelt es sich um die Krankheitsgruppe, für die BLEULER die Möglichkeit der Frühentlassung als erster entdeckt, dann planmäßig ausgenützt und schließlich wissenschaftlich begründet hat. Die Entwicklung, die sich hierbei verfolgen lässt, ist denkwürdig genug: Ähnlich wie seinerzeit KOLB war BLEULER durch Raumnot gezwungen, Entlassungen vorzunehmen, die nach den damaligen Vorstellungen als vorzeitig anzusprechen waren. Diese Nötigung führte ihn zu der Entdeckung, dass viele Schizophrene ohne Schaden für sich oder ihre Umgebung weit früher, als bis dahin bekannt war, entlassen werden können, und die Ausnützung dieser Erfahrung brachte ihn im Verein mH seinen Feststellungen über die Versetzungsbesserungen zu der auf keinem anderen Wege zu gewinnenden Erkenntnis von der ungünstigen Wirkung des Anstaltsmilieus und der weit günstigeren Beeinflussung durch das freie I .. eben, das dem Autismus entgegenwirkt, und, begünstigt durch die echopraktischen und stereotypisierenden Neigungen, zum Wohlverhalten des Kranken beiträgt. BLEULER kam so auf Grund seiner Beobachtungen zu der Formulierung: "Der Anstaltsaufenthalt ist für den Schizophrenen ein Übel, das sich bei den akuten Schüben und allzu argem chronisch antisozialen Verhalten nicht vermeiden lässt." Während er anfangs keine bestimmten lehrbaren Indikationen für die Entlassung anzugeben vermochte, so dass man auf die Methode des unentwegten Experimentierens angewiesen war, machte er sein mit Hilfe der Komplexpsychologie immer tiefer eindringendes Verständnis des schizophrenen Seelenlebens für die Klärung der Entlassungsfrage nutzbar, bis er in seiner jüngsten Arbeit über die Unterscheidung des Physiogenen und Psychogenen bei der Schizophrenie die grundlegenden Voraussetzungen für eine psychische Behandlung der Schizophrenie geschaffen hat, bei der die Änderung der Umgebung und insbesondere die Zurückversetzung ins freie Leben eine wesentliche Rolle spielt. Der Entlassungsversuch wird somit in die Reihe der psychotherapeutischen Maßnahmen aufgenommen. Er ist unter Umständen nicht so sehr das Ergebnis, als das Mittel der Behandlung: Der Kranke wird in diesen Fällen nicht entlassen, weil er gebessert ist, sondern er wird gebessert, weil er entlassen ist. Der Versetzungsbesserung entspricht die Entlassungsbesserung. Die Schwierigkeiten, die sich der Trennung der physiogenen und der psychogenen Symptome häufig entgegenstel-

len, sind aus der Darstellung BLEULERS deutlich zu erkennen, und er betont selbst, dass das Psychogene mitunter nur an der Beeinflussbarkeit durch äußere Einflüsse zu erkennen ist. Dadurch wird aber nichts an der Tatsache geändert, dass er mit der bestimmteren Erfassung der psychogenen Symptome die wissenschaftliche Erklärung für die inzwischen vielfach bestätigte Möglichkeit, ja Notwendigkeit der Frühentlassung nachträglich gegeben und damit die Voraussetzungen und die Richtlinien für ihre rationelle therapeutische Anwendung geschaffen hat.

Nebenbei bemerkt, ergibt sich hieraus auch das richtige Verhältnis der Frühentlassung zur Arbeitstherapie. Die Beschäftigung in der Anstalt ist prinzipiell ebenso wenig wie die aus psychotherapeutischen Gründen vorgenommene Entlassung aus der Anstalt Selbstzweck; beide Maßnahmen werden vielmehr zur Erziehung des therapeutischen Effektes der Besserung und Sozialisierung angewandt. Der Kranke arbeitet auch bei der SIMONschen Methode der Intensivierung der Arbeitstherapie nicht um des Arbeitseffektes, sondern um der Besserung seines Zustandes willen. Die ärztliche Kunst besteht dementsprechend in erster Linie nicht darin, die Arbeit der Beschäftigungsfähigen wirtschaftlich möglichst produktiv zu gestalten, vielmehr darin, die antisozialen, erregten, autistischen, negativistischen, kurz die beschäftigungs-unlustigen Kranken an die Beschäftigung heranzubringen, um sie so sozial zu machen und nach Möglichkeit bis zur Entlassungsfähigkeit zu fördern. Beide Methoden, die der Beschäftigungs- wie die der Entlassungstherapie, müssen nach streng individualisierenden Indikationen angewandt werden, damit sie voll ausgenützt und vor dem Abgleiten auf das Niveau der schematischen, handwerksmäßigen Routine bewahrt bleiben. Dazu gehört bei der Arbeitstherapie ohne Zweifel die engste Verbindung mit der Frühentlassung. Soll die Beschäftigung wirklich therapeutisches Mittel bleiben, so muss sie, sobald der Zweck der Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit einschließlich der sonstigen Besserung erreicht und genügend befestigt ist, durch die Entlassung ersetzt werden. Unzulässig aber wäre es aus psychotherapeutischen wie aus rechtlichen und wirtschaftlichen Gründen, würde der Kranke etwa aus verwaltungstechnischen Rücksichten zum Zwecke der Beschäftigung länger als unbedingt nötig, in der Anstalt auf Kosten der Frühentlassung zurückgehalten

werden. Andererseits bildet, die Beschäftigung in der Anstalt ein wichtiges Mittel zur Vorbereitung der psychotherapeutischen Entlassung, allerdings nicht das durchweg unentbehrliche; denn es ist ja bekannt, dass auf dem Gebiete der Psychotherapie die dem Einzelfall angepasste Wahl und Abstufung jeder Maßnahme alles, generelle Vorschriften dagegen nichts bedeuten, wie dies für die seelische Beeinflussung der Schizophrenen die Veröffentlichungen von HANS W. MAIER und besonders von KLÄSI hinreichend deutlich dargetan haben.

Es liegt auf der Hand, dass die Methode der Frühbeurlaubung bzw. Frühentlassung durch die offene Fürsorge das Gefahrenrisiko, das bei gewissenhafter Indikationsstellung im Interesse des Kranken nicht gescheut werden darf, zum großen Teil verliert und zugleich an therapeutischem Wert ganz außerordentlich gewinnt. Die Fürsorge räumt schon bei der Vorbereitung der Entlassung etwaige Hindernisse aus dem Weg und erleichtert durch Betreuung und Aufsicht die soziale Wiedereingliederung.

Hierbei vermag sie die Rückkehr in das freie Leben in psychotherapeutisch wirkungsvoller Weise auszuwerten und den Erfolg der ganzen Maßnahme, der ohne solche nachgehende Obsorge zahlreichen unberechenbaren Zufälligkeiten ausgesetzt bliebe, zu sichern und aufrechtzuerhalten. Wird die Fürsorge von der Anstalt ausgeübt, so gliedert sie sich mühelos der Anstaltsbehandlung an, und es ergibt sich der ärztlich hoch einzuschätzende Vorteil, dass mit der Frühentlassung die Anstaltsbehandlung, die unter Umständen lange gedauert hat, nicht die Bedeutung der wissenschaftlichen Psychiatrie f. die Fürsorge. 383 plötzlich abreißt, sondern kontinuierlich in die Form der offenen Betreuung übergeht. Ist die Fürsorge unabhängig von der Anstalt organisiert, so muss diese Kontinuität durch engstes Zusammenarbeiten angestrebt werden. Man kann also sagen: Die Fürsorge bringt bei der Schizophrenie eine wesentliche technische Erleichterung der aus psychotherapeutischen Gründen nicht zu umgehenden Frühentlassung, eine bedeutende Erhöhung ihres seelischen Effektes und damit eine erhebliche Erweiterung ihrer Anwendungsmöglichkeit. Was schließlich die Psychopathien angeht, so lassen sich allgemeine Regeln für die Entlassung nicht aufstellen, es sei denn der Grundsatz, dass der Aufenthalt in der Anstalt so kurz als nur möglich zu bemessen ist. Die moderne Erforschung der Psychopathien, wie sie den Untersuchungen von GRUHLE, K. SCHNEIDER, GREGOR u. a. verdankt wird, hat die Erfassung der krankhaften Persönlichkeiten und ihrer sozialen einschließlich der kriminellen Bedeutung erheblich gefördert. Die Erkenntnis des weittragenden Einflusses des psychogenen Faktors, die durch die Erfahrungen mit den Kriegsneurotikern verbreitet und vertieft worden ist, erfordert bei der Beurteilung und Behandlung die sorgfältigste Beachtung. Auch hier eröffnet die Angliederung der offenen Fürsorge an die Anstaltsbehandlung neue aussichtsvolle Möglichkeiten für eine einheitliche planmäßige Psychagogik, ohne die nach den Erfahrungen GREGORS in der Psychopathenfürsorge und der Bekämpfung der Verwahrlosung etwas Ersprießliches nicht geleistet werden kann.

Die für die Anstaltsentlassung angeführten Gesichtspunkte, die übrigens auf Vollständigkeit keinen Anspruch machen können, gelten mutatis mutandis auch für den Fürsorgearzt - sei er nun Anstaltsarzt oder nicht - bei der Beurteilung der Notwendigkeit der Anstaltsaufnahme der entlassenen und der neu zugehenden Kranken. Die Fürsorge kann vor allem bei den Schizophrenen und Psychopathen nach den erwähnten Grundsätzen manche Wiederaufnahme und manche Erstaufnahme, die nach der früheren Anschauung, wenn auch tatsächlich mehr oder weniger überflüssigerweise vollzogen worden wäre, durch ihre Vermittlung ersparen und auf dem von STARLINGER, STRANSKY, KLÄSI, KOGERER u. a. empfohlenen Wege die nicht ganz seltenen Verschlimmerungen infolge der Anstaltsunterbringung samt den hierdurch bedingten Verpflegungskosten verhüten. Wenn der Fürsorgearzt auch alle Fälle, die neben einer sozialen Beratung und Betreuung einer fachärztlichen Behandlung bedürfen, prinzipiell dem Nervenfacharzt zuzuweisen hat, so muss er doch selbstverständlich mit der Psychopathologie, vor allem mit derjenigen der Schizophrenen, Psychopathen und Neurotiker aufs genaueste vertraut sein. Er muss, wie schon in einem der vorstehenden Kapitel ausgeführt wurde, um den tagtäglich an ihn heran tretenden Aufgaben zu genügen, die Ergebnisse der neuzeitlichen Forschung einschließlich der

Vererbungslehre in vollem Umfange beherrschen, z. B. auch für die Begutachtungen zivilrechtlicher, strafrechtlicher und sonstiger Art, für die von einer öffentlichen Beratungsstelle geforderte Beteiligung an der Eheberatung, für die Beurteilung bezüglich der Unterbrechung der Schwangerschaft, der Sterilisierung usw. Im Unterschied zum Anstaltsbetrieb wird meist eine umgehende Erledigung derartiger Aufgaben notwendig, für die außer der praktischen Erfahrung naturgemäß eine gediegene, wissenschaftliche Grundlage unentbehrliche Voraussetzung ist. Diese Forderung gewinnt noch an Gewicht dadurch, dass sich die Richtigkeit der Ratschläge und Maßnahmen in der Regel sehr rasch und weit unmittelbarer als bei der Anstaltsbehandlung durch den Erfolg bzw. Misserfolg ausweist.

Die vorstehende Übersicht lässt erkennen, dass für die Überführung der gebesserten Kranken von der geschlossenen in die offene Fürsorge sowie für die ganze Praxis der offenen Fürsorge eine individualisierende Indikationsstellung nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten unerlässlich ist. Würde bei der neuen Art der Geisteskrankenversorgung dieser Grundsatz außer Augen gelassen, so müsste die der Geisteskrankenbehandlung immer besonders leicht drohende Schematisierung, die in der Anstaltspraxis wiederholt, so bei der Bett-, Bade- und Arbeitsbehandlung auf Abwege geführt hat, die Verwirklichung des richtigen Prinzips, das der offenen Fürsorge zugrunde liegt, zum Nachteil der Kranken wie der Allgemeinheit von vornherein falsche Bahnen lenken und in der Öffentlichkeit rasch in Misskredit bringen. Auch bestünde die Gefahr, dass die Fürsorge für die Entlassenen in die Hand von Laien überginge, die sieb, der heutigen Zeitströmung entsprechend, unter Umständen lediglich aus einem gewissen psychologischen Interesse heraus, für befähigt zu dieser Aufgabe halten. Auch die Trinkerfürsorge gibt ein warnendes Beispiel dafür, dass ohne wissenschaftliche Grundlage eine erspriessliche offene Gesundheitsfürsorge nicht möglich ist.

2. Die Auswertung der offenen Fürsorge für die wissenschaftliche Forschung.

Die offene Fürsorge bringt der Psychiatrie eine beträchtliche Erweiterung ihres Gesichtskreises: Zu der Beobachtung des Kranken innerhalb der geschlossenen Anstalt tritt die Wahrnehmung im freien Leben hinzu die jene teils ergänzt, teils überhaupt ersetzt. Der schon früher laut gewordene Hinweis, die Klinik und Anstalt liefere nur einen beschränkten Ausschnitt des krankhaften Geschehens, hat sich nach den vorliegenden Erfahrungen durchaus bestätigt. Erinnert man sich daran, welchen maßgeblichen, aber keineswegs immer genügend gewürdigten Einfluss die Auswahl des Beobachtungsmaterials auf die Bildung der wissenschaftlichen Lehrmeinung und den Gang der Forschung ausübt, so wird man die Erweiterung des Gesichtskreises für die wissenschaftliche Arbeit nicht gering einschätzen. Sie betrifft einmal die Erfassung des Einzelfalles in seinem gesamten Verlauf und dann die des geisteskranken bzw. geistig abnormen Bevölkerungsteils in seinem Gesamtbestande.

Die Fürsorge bietet Gelegenheit, bei jedem Einzelfall die Anamnese und Krankengeschichte mit wissenschaftlicher Genauigkeit zu erheben. Die Beschaffung einer zuverlässigen persönlichen und familiären Vorgeschichte stößt bekanntlich auf große

Schwierigkeiten, die im Wesentlichen in den bekannten Fehlerquellen der Aussage sowie einer Unkenntnis und der Abneigung, dem Misstrauen und oft (er geradezu ausgesprochenen Täuschungsabsicht der Angehörigen ihren Grund haben. Mit Hilfe der Fürsorgeorgane lassen sich die einlaufenden Angaben stets ohne Zeitverlust durch sachverständige Erhebungen an Ort und Stelle durch Beziehung Unbeteiligter und durch Rückfragen bei den Behörden aller Art nachprüfen und ergänzen. Eine solche Objektivierung der Vorgeschichte, die häufig genug auch aus praktischen Gründen nötig fällt, ist heutzutage nicht zu entbehren, wenn man den erbbiologischen Zusammenhängen, den psychologischen und somatologischen konstitutionellen Beziehungen der präpsychotischen Persönlichkeit und den soziologischen Verhältnissen nachgehen, wenn man die feineren Unterscheidungen zwischen Anlage und Milieu, zwischen endogenen und exogenen Einflüssen, zwischen Prozess und Reaktion, zwischen autochthonen und induzierten Erscheinungen, zwischen pathogenetischen und pathoplastischen Elementen bei der Strukturanalyse studieren will. So dürfte z. B. nach CIMBAL die Untersuchung der prämorbidem Persönlichkeit bei den später so uniformen chronischen Alkoholikern eine unter Umständen auch praktisch verwertbare Typisierung ergeben.

Ebenso wichtig ist die Festlegung der Katamnese, die ja KRAEPELIN als erster wissenschaftlich verwertet hat. Die Fürsorge verfolgt die Pfleglinge ihres Bereiches, die ihr von der Anstalt zugewiesen werden, fürsorgerisch oder zum mindesten registrierend, wobei alle ihr bekannt werdenden Tatsachen von Belang in den Personalkarten und Krankengeschichten verzeichnet werden. Auf diese Weise entsteht ein wertvolles Beobachtungsmaterial, das über den weiteren Krankheitsverlauf, die Wirkung bestimmter Behandlungsmethoden, z. B. der Malariabehandlung, sowie die allgemeinen Lebensschicksale der Betreuten zuverlässige Auskunft erteilt. Diese Fortsetzung der Anstaltsbeobachtung, die schon jetzt die nachträgliche Richtigstellung klinischer Diagnosen gelegentlich ermöglicht hat, gibt Anregung zu neuen sozialpsychiatrischen Fragestellungen und Material zu deren Beantwortung. Es handelt sich um den Komplex noch zu erforschender psychiatrisch-sozialer Verhältnisse, für den RAECKE und M. FISCHER den Begriff der "sozialen Psychiatrie" vorbehalten möchten. Ferner erleichtert sie in hohem Grade die Materialbeschaffung für die bewährte Methode des biographischen Längsschnitts, von der z. B. für die Erforschung der Psychopathen- und Neurotikertypen, ihrer Kriminalität und ihrer soziologischen Wechselbeziehungen Ergebnisse zu erwarten sind, ebenso wie für die Erblichkeitsforschung, die von den Fürsorgestellten bisher schon durch Auskünfte an die genealogische Abteilung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie gefördert werden konnte; gerade in ländlichen Bezirken, die wegen der relativ häufigen Inzucht für erbbiologische Forschungen ein dankbares Arbeitsfeld bieten, wird die Fürsorge durch Nachweisung von Material und Vermittlung geeigneter Vertrauensmänner in dieser Richtung wichtige Dienste leisten können. Auch für die Untersuchungen der neuerdings wieder häufiger genannten medizinischen Topographien, die bei tieferem Eindringen die erbbiologischen Zusammenhänge mit berücksichtigen müssen, kann die Materialsammlung der Fürsorge von Nutzen werden. Endlich erfasst die Fürsorge auch die frei lebenden Geisteskranken und Psychopathen, die mit der geschlossenen

Anstalt überhaupt nicht in Berührung kommen. Neben den Psychopathen und Neurotikern sind dies in überraschendem Umfange latente und manifeste Schizophrenie, die den Fürsorgestellten durch spontane Meldung oder Mitteilung ihrer Angehörigen bekannt werden. Nach den Berichten der Fürsorgestellten in Nürnberg, Gelsenkirchen und Mannheim scheint es sich häufig um paranoide, äußerlich geordnete Kranke zu handeln, die trotz fortgeschrittener Wahnbildung ohne eigentliche Störung der öffentlichen Ordnung einer bescheidenen Berufstätigkeit nachgehen können. Alle diese frei lebenden Kranken werden über die Fürsorgestellten überhaupt erstmals einer Erfassung zugänglich, die nicht nur die Übersicht über die geistig Abnormen des Bezirks ergänzt, sondern auch für die Klinik der Schizophrenien und der Psychopathien an und für sich von wissenschaftlichem Wert ist. Außer der wissenschaftlichen Erfassung des Einzelfalles nach seinen erbbiologischen, konstitutionellen und soziologischen Beziehungen kann die offene Fürsorge, wenn sie ihren Bezirk einmal längere Zeit umspannt hat, wichtige bevölkerungsstatistische Anhaltspunkte über die Ziffer der psychischen Morbidität, ihre zeitliche Bewegung und die demographische Gliederung des psychisch abnormen Volksteils liefern. Früher wollte man diese für die Gesellschaft wichtigen Probleme dadurch lösen, dass man eine Ergänzung der Irrenanstaltsstatistik durch besondere Zählungen der frei lebenden Geisteskranken, etwa gelegentlich von Volkszählungen in Betracht gezogen und zum Teil auch versucht hat. So hat M. FISCHER ein derartiges Vorgehen als Ersatz für die in England übliche Registrierung der außerhalb der Anstalten lebenden Kranken empfohlen. Vor kurzem wurde vom Reich im Anschluss an die Personenstandsaufnahme 1925 für Steuerzwecke eine Reichsgebrechlichenzählung unter Einbeziehung der Geistesgestörten und Geistesschwachen veranstaltet, die den praktischen Fürsorgezwecken dienen soll. Allen diesen Vorschlägen und Versuchen haftet jedoch die unüberwindliche Schwierigkeit der Registrierung geistig Abnormer durch psychiatrische Laien an. KRAEPELIN hatte deshalb seinerzeit zur Klärung der Frage der Entartung und ihrer Zunahme die fortlaufende Untersuchung bestimmter Bezirke durch besondere Ausschüsse vorgebildeter Ärzte und Statistiker vorgeschlagen. Der Verfasser dieser Zeilen hat in Anlehnung an WEINBERG, um wenigstens ein annäherndes Bild unterindirekter fachärztlicher Mitwirkung zu erhalten, die spezielle Registrierung aller gelegentlich amtlicher Akte, wie Entmündigung, Ehescheidung, Exkulpierung usw. bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit innerhalb eines Territoriums empfohlen. Sie sollte zunächst der Feststellung der Häufigkeit und eventuellen Zunahme der Geisteskrankheit sowie dem Materialnachweis für wissenschaftliche Zwecke dienen und ferner, wie in einer weiteren Arbeit angeregt wurde, auch für die praktische Geisteskrankenfürsorge außerhalb der Anstalten seitens der Hilfsvereine nutzbar gemacht werden. Wenn nun die offene Fürsorge sich von der einzelnen Fürsorgestelle aus über einen Bezirk ausgebreitet und einige Jahre eingelebt hat, wird es möglich werden, den früher vergeblich angestrebten Zielen mit Hilfe der Betriebsstatistik der Fürsorge näher zu kommen. Wie sich nämlich schon jetzt ergibt, erhält der psychiatrische Fürsorgearzt bei seiner Tätigkeit eine verhältnismäßig genaue Anschauung von der Abhängigkeit der Fürsorge- und der hiervon zu unterscheidenden Anstaltsbedürftigkeit von den sozialwirtschaftlichen Momenten, wie Wohnungsnot, Lohnkämpfen, Arbeitslo-

sigkeit usw., sowie überhaupt von den Zusammenhängen zwischen abnormem Seelenleben und soziologischen Strukturverhältnissen. Die Statistik einer ausgebauten offenen Fürsorge über die frei lebenden Geisteskranken und Psychopathen - die antisozialen und asozialen Psychopathen werden schon aus Gründen der Überwachung der Fürsorge künftig regelmäßig zur Kenntnis kommen - wird deshalb im Verein mit der Irrenanstaltsstatistik die Feststellung der Ziffer, der psychischen Morbidität, der zeitlichen Bewegung und ihrer Beeinflussung durch äußere Faktoren mit einer auf anderem Wege nicht zu erreichenden Zuverlässigkeit gestatten. Zugleich wird eine solche Statistik der innerhalb und außerhalb der geschlossenen Anstalten lebenden Geisteskranken erstmals die Voraussetzungen für eine allgemeine demographische Morphologie liefern, bei der sich durch die Beziehung auf die Gesamtbevölkerung ergeben wird, ob die für die Internierten z. B. vom Verfasser gefundene erhöhte Krankheitsbedrohung bestimmter Alters-, Familienstands-, Berufs- usw. -gruppen, u. a. auch der vom Lande in die Stadt Gewanderten, sich auf die Gesamtheit aller Erkrankter erstreckt und somit all. gemeine Gültigkeit besitzt.

Während die früheren Vorschläge und Versuche darauf ausgingen, die frei lebenden Kranken zur Klärung wissenschaftlicher Fragen auf primärstatistischem Wege zu erfassen, und man auch daran dachte die Ergebnisse außerdem gelegentlich für praktische Fürsorgezweck zu verwerten, wird der Ausbau der offenen Fürsorge dazu führen, umgekehrt die Betriebsstatistik der offenen Fürsorge im Laufe der Zeit für die Lösung der sozialpsychiatrischen und demographischen Probleme sekundärstatistisch heranzuziehen. Es leuchtet ein, dass ein solches Vorgehen gegenüber jenen früheren Versuchen vor allem den Vorzug der Erfassung durch Fachärzte unter Berücksichtigung der individuellen Verhältnisse anstatt durch psychiatrische Laien besitzt, ganz abgesehen von der größeren Billigkeit und der leichteren technischen Durchführung. Die Betriebsstatistik der offenen Fürsorge muss im Gedanken an die Möglichkeit einer solchen Verwertung von Anfang an in Übereinstimmung mit der Bevölkerungsstatistik und auch mit der allgemeinen Fürsorgestatistik, deren Dringlichkeit von den fürsorgestatistischen Sachverständigen, wie FELD, SCHICKENBERG, aus planwirtschaftlichen Überlegungen mit Recht betont wird, eingerichtet werden. Aus technischen Gründe ist eine einheitliche Form der Erhebungsweise bei den Fürsorgestellen innerhalb desselben Territoriums unerlässlich, innerhalb benachbarter Gebiete wünschenswert.

Die Organisation der Fürsorge von der Anstalt aus bietet, wie erwähnt, den großen Vorteil der ununterbrochenen Kontinuität der nach wissenschaftlichen Indikationen betriebenen ärztlich - fürsorgerischen Wahrnehmung der Kranken; aber auch für die wissenschaftliche Auswertung der Fürsorgeerfahrungen ist eine solche einheitliche Regelung von entscheidender Bedeutung. Der Vergleich mit anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge, z. B. der Tuberkulosefürsorge, lässt mit aller Deutlichkeit die Gefahren erkennen, die aus einer ungenügenden Fühlung der geschlossenen mit der offenen Fürsorge nicht nur für den praktischen Erfolg, sondern auch für den Fortschritt der wissenschaftlichen Forschung nur allzu leicht erwachsen. Wie angedeutet, ist der einzelne Forscher mehr als er sich dessen immer bewusst ist, von der Auslese seines Beobachtungsmaterials abhängig. Es müsste daher einen

außerordentlich schweren Nachteil bedeuten, wenn mangels der Kontinuität zwischen der klinischen und externen Beobachtung neben der klinischen gewissermaßen eine besondere "Fürsorgepsychiatrie" entstehen würde.

Die Durchführung der Fürsorge setzt, wie oben dargelegt, bei den Anstaltsärzten und, sofern sie nicht aus deren Zahl hervorgehen, bei den Fürsorgeärzten beste wissenschaftliche Qualitäten voraus, die auch bei der wissenschaftlichen Auswertung der Fürsorgeerfahrungen selbstverständlich nicht zu entbehren sind. Im Interesse der Fürsorge ist deshalb der Gewinnung eines vollwertigen irrenärztlichen Nachwuchses und der wissenschaftlichen Fortbildung der Anstaltsärzte vermehrte Sorgfalt zu widmen. Zu der wieder aktuell gewordenen Frage des Nachwuchses in den Anstalten hat sich SIOLI in bemerkenswerten Ausführungen geäußert. Auch die Richtlinien des Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrenärzte beschäftigen sich eingehend mit diesem wichtigen Punkte und betonen die Pflicht der älteren Ärzte zur charakterlichen und beruflichen Erziehung der jungen Anwärter. Die Auswahl wird allerdings in allen Ländern durch beamtenrechtliche Bestimmungen, die für beamtete Ärzte, z. B. hinsichtlich der Anrechnung früherer spezialärztlicher Ausbildungsjahre bei der Gehaltsfestsetzung nicht oder nur teilweise zutreffen, erschwert. Es steht zu hoffen, dass die dankbare Aufgabe des psychiatrischen Fürsorgearztes auf geeignete junge Ärzte, die in einer sozialärztlichen Tätigkeit Ersatz für die selten mehr zu erlangende Stellung des Hausarztes im guten alten Sinne suchen, künftig eine hinlängliche Anziehungskraft ausüben wird: Die wissenschaftliche Fortbildung der Anstaltsärzte, deren Notwendigkeit die Richtlinien gleichfalls betonen und BRATZ kürzlich wieder unterstrichen hat, muss ebenso unter dem Gesichtspunkt der offenen Fürsorge mehr als bisher gepflegt werden. Dem Arzt soll in der Anstalt genügend Zeit und Gelegenheit zum regelmäßigen Studium der Fachliteratur gewährt werden. Hierzu muss die seit dem Personalabbau in manchen Anstalten zu beobachtende Überlastung der Abteilungsarzte, die eine Weiterbildung verhindert, als im Grunde unwirtschaftlich beseitigt werden. Wie oben ausgeführt, erfordert die Frühentlassung eine weit eingehendere Beschäftigung des Arztes mit dem einzelnen Kranken, als bisher üblich und bei der großen Zahl der auf einen Arzt entfallenden Kranken möglich war. Will man sich daher die wirtschaftlichen Vorteile, die dem Anstaltswesen aus der offenen Fürsorge im Verein mit der Frühentlassung erwachsen können, nicht entgehen lassen, so darf man eine Vermehrung der Ärzte, die übrigens im Verhältnis zum sonstigen Aufwand erfahrungsgemäß nur sehr geringe Kosten verursacht, nicht scheuen. Die wissenschaftlichen Büchereien mancher Anstalten haben unter der Inflationszeit stark gelitten und bedürfen einer Ergänzung bzw. eines Ausbaues. Die führenden Zeitschriften und die hauptsächlichsten Neuerscheinungen des Fachgebietes gehören zu dem notwendigen Rüstzeug des Psychiaters, der sich in seiner Wissenschaft auf dem Laufenden erhalten soll. Für die Fortbildung kommt dann neben dem Besuch der Fachversammlungen, insbesondere der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie die Teilnahme an einschlägigen Fortbildungskursen und Studienaufenthalten an geeigneten Forschungsstätten in Betracht. In Baden hat sich die Entsendung zu den Fortbildungskursen für beamtete Ärzte, zu Tuberkulose- und anderen Kursen sowie an die Deutsche Forschungsanstalt für Psy-

chiarie, psychiatrische Kliniken, andere Anstalten, serologische und anatomische Laboratorien durchaus bewährt. Über solche längere Studienaufenthalte werden jeweils Berichte vorlegt, die auch den anderen Ärzten zugänglich gemacht werden.

Übrigens trägt der Dienst in der offenen Fürsorge dem Fürsorgearzt erfahrungsgemäß eine Fülle neuer Kenntnisse und Erfahrungen, namentlich sozial-psychiatrischer Natur ein, so dass KOLB, meines Erachtens mit Recht, betont, die längere erfolgreiche Betätigung in der Fürsorge bedeute die beste Qualifikation für die Stelle eines Anstaltsleiters. Die offene Fürsorge bereichert somit die Anstaltsärzte mit neuen besonders sozial-psychiatrischen Erfahrungen und stellt ihnen neue reizvolle Aufgaben. Der engere Anschluss an das geistige Leben der Gegenwart, der durch die Fürsorge zustande kommt, wird demnach auch auf beruflich-wissenschaftlichem Gebiet zum Vorteil für den irrenärztlichen Stand ausschlagen können.

Literatur.

- BLEULER: Frühe Entlassungen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1905.
- Zur Unterscheidung des Physiogenen und Psychogenen bei der Schizophrenie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bel. 84, H. 1.
BRATZ: Gegenwartsfragen der sozialen Psychiatrie. Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. u. soz. Hyg. 1925, Nr. 6.
CIMBAL: Trinkerfürsorge als Teil der Verwahrlostenfürsorge. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr., Bel. 84.
DRESEL: Kritische Betrachtungen zur Alkoholfrage. Dtsch.. Zeitschr. f. Wohlfahrtspfl., Jg. I, H. 10.
FELD, W.: Die amtliche Statistik in der Jugendfürsorge. Zentralbl. f. Jugendrecht u. Jugendwohlf., Bel. 18, H. 3.- Arbeits- und Fürsorgestatistik. Soziale Praxis u. Archiv f. Volkswohlf., Jg. 35, Nr. 25.
FISCHER, M.: Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden 1909. Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. u. prakt. Med., Jg. 21, Nr. 18.
KLÄSI.: Monatsschr. f. Neurol. u. Psychiatr., Bd. 15.- Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Bd. 78.
KÖGERER: Psychotherapie der Psychosen. Ebenda, Bd. 96, H. 1-3.
KOLB: Reform der Irrenfürsorge. Ebenda, Bd. 47, H. 1-3.
KRAEPELIN; Zur Entartungsfrage. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr. 1908 (2. Oktober H.).
RAECKE: Soziale Psychiatrie. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1921, H. 19-20.
- Richtlinien des Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrenärzte.
- Richtlinien des Reichsverbandes der beamteten deutschen Irrenärzte über die zeitgemäße Gestaltung der dienstlichen und beruflichen Stellung der Ärzte an den öffentlichen Irrenanstalten. Als Manuskript gedruckt.
ROEMER, H.: Zur Methodik der Ursachenforschung. Bericht über die 41. Versammlung südwestdt. Irrenärzte September 1911.

- Eine Stammliste aller amtlich bekannt werdenden Fälle von Geisteskrankheit. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr., Jhg. 13, H. 10.
 - Über psychiatrische Erblichkeitsforschung. Arch. f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie, Bd. 9, H. 3.
 - Zur Methode der Irrenstatistik. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr., Bd. 15, Nr. 27.
 - Die Irrenstatistik im Dienste der sozialen Psychiatrie. Ebenda, Bd. 15, Nr. 49.
 - Psychotherapeutische Gesichtspunkte in der offenen Geisteskrankenfürsorge. Erscheint im Bericht über den 2. Allgemeinen Kongress für Psychotherapie in Nauheim 1927.
- SCHIKENBERG: Fürsorgestatistik. Soziale Praxis u. Arch. f. Volkswohlf., Jg. 35, H.28.
- STOLI: Der ärztliche Nachwuchs an den Provinzialheil- und Pflegeanstalten. Psychiatr.-neurolog. Wochenschr., Jg. 28, Nr. 38.
- STARLINGER: Jahrb. f. Psychiatr. Bd. 36.
- STRANSKY: Ebenda, Bd. 24 u. 36.
- WEINBERG: Statistik und Vererbung in der Psychiatrie. SOMMERS Klinik f. psych.u. nerv. Krankheiten, Bd. 5, H. 5.

Quelle: Roemer, Hans, Kolb, Gustav & Faltlhauser, Valentin. 1927. *Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten*. Berlin: Springer Verlag, S. 379-390.

8.2 DDR – Rodewischer Thesen (1963)

Vom 23.-25.Mai 1963 fand in Rodewisch i. Vogtland (DDR) ein Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation statt. Auf dem Symposium wurden die sogenannten „Rodewischer Thesen“ verabschiedet, die sozial-psychiatrische Forderungen formulierten.

Rodewischer Thesen zur Rehabilitation psychisch akut und chronisch Kranker

Je klarer über die klinisch-medizinische Führung des Kranken hinaus seine soziale Wiedereingliederung als ärztliche Aufgabe erkannt und bejaht wird, desto consequenter müssen klinisch-medikamentöse Therapie und sozial wirksame Heil- und Betreuungsmethoden integriert werden in einer komplexen rehabilitationsgezielten Therapie. Moderne medikamentöse Behandlungsverfahren und aktive Soziotherapie, beide unter optimalen Heilbedingungen, bilden eine untrennbare Einheit im Denken und Handeln der Ärzte und des Pflegepersonals. Bei den akut Kranken muß vom frühestmöglichen Zeitpunkt an in allen Behandlungsmaßnahmen über das "Antipsychotische" hinaus der Rehabilitationscharakter erkennbar sein (Rückführung ins tätige, freie und verantwortliche Leben). Bei den chronisch Kranken gilt es, diese unter psychohygienisch positiv wirksame heilfördernde Bedingungen zu stellen, sich nicht mit der Auffassung von der Irreparabilität sogenannter, zumindest fraglicher Defektzustände abzufinden, sondern weit stärker als bisher die klinischen Heilmaßnahmen anzuwenden. Das Schwergewicht aller Rehabilitationsmaßnahmen liegt bei den Kranken, die einen höhergradigen krankheitsbedingten biologischen, psychischen und sozialen Leistungsabfall aufzuweisen haben. Alle medizinisch-sozialen Rehabilitationsmaßnahmen institutionellen oder administrativen Charakters können erst dann als ausreichend angesehen werden, wenn es gelingt, die chronischen Verlaufsformen der Psychosen und die Ausbildung sogenannter Defektzustände – zumindest der graduellen Ausprägung nach – zu reduzieren und einen großen Prozentsatz von Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen beruflich und sozial wieder einzugliedern, ihnen zu einem Leben in sozial verantwortlicher wie freier Verfügbarkeit zu verhelfen.

Hierbei ist folgendes vordringlich:

1. *Unabhängig von allen hypothetischen Vorstellungen über das Wesen und die Nosologie der Psychosen, ihrer chronischen Verlaufsformen, insbesondere auch der sogenannten Defektbildungen, ist in jedem Falle eine aktive therapeutische Einstellung zu fordern. Keine Diagnose einer Psychose rechtfertigt die sichere Annahme eines schicksalsmäßigen Verlaufes und mit ihr die fatalistische Einstellung zu ihren Behandlungsmöglichkeiten. Die umfassende Rehabilitationsbehandlung ("komplexe Therapie") reicht in undogmatisch kombinierter Anwendung von den neuroleptischen Psychopharmaca über vielfältigste Methoden der Arbeitstherapie bis zu den gruppenpsychotherapeutischen Verfahren; die Anwendung neuroleptischer Psycho-*

pharmaka soll der wissenschaftlichen Erkenntnis folgend kurmäßig (kurzzeitig begrenzt, hoch dosiert) und langfristig (niedrig dosiert sogenannte Dauereinstellungen) unter ständiger Kontrolle stationär wie ambulant erfolgen.

2. Optimale Therapie kommt nur unter optimalen Bedingungen optimal zur Wirkung. Die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken müssen ihre allgemeinen Bedingungen, unter denen sie therapieren, kritisch überprüfen. Die besonderen aus der Anstaltstradition übernommenen Maßnahmen, die den psychisch Kranken "anders" als einen anderweitig Erkrankten im Krankenhaus behandeln, sind Zug um Zug zu beseitigen. Akut und chronisch Kranke können zum überwiegenden Teil auf völlig offene Krankenstationen geführt werden. Entscheidend für die Öffnung der Krankenstation ist ein durchdachtes rehabilitatives Heilregime, der fürsorgliche Geist des Personals, die damit geschaffene Heilatmosphäre und die aktive Einstellung zur komplexen Therapie. Aus vorwiegend geschlossenen Heil- und Pflegeanstalten haben sich vorwiegend offene psychiatrische Fachkrankenhäuser zu entwickeln. Das umfassende Sicherungsprinzip der Heil- und Pflegeanstalt muß einem umfassenden Fürsorgeprinzip des Fachkrankenhauses weichen.

3. Die Rehabilitation wird erleichtert durch Profilierung der Krankenstationen mit jeweils besonderer Betonung der therapeutischen Inhalte entsprechend der Zusammensetzung der Patienten. Insbesondere sind die klinischen Stationen für akut Erkrankte von denen für chronisch Kranke zu trennen, wobei die jeweils besondere Struktur des Krankenhauses und die örtlichen Bedingungen gewahrt bleiben sollen. Ganz besonders ist eine Differenzierung von Jugend- und Altersstationen erforderlich. Bei verstärkter ärztlicher Besetzung und mit erreichter Bettenauflockerung werden die psychiatrischen Fachkrankenhäuser in dem ihnen zukommenden Maße auf entsprechenden Fachstationen Neurosebehandlungen übernehmen.

4. Durch planvolle Reorganisation und Modernisierung müssen die psychiatrischen Krankenhäuser und Kliniken personell, materiell und institutionell in die Lage versetzt werden, allen Anforderungen der modernen komplexen psychiatrischen Therapie zu entsprechen. Die noch bestehenden Unterschiede in den Haushalts- und Stellenplänen gegenüber den allgemeinen Krankenhäusern sind unberechtigt und müssen beseitigt werden.

5. Bei erreichter Stabilität der ärztlichen Versorgung im Bereich der Psychiatrie wird im Sinne des Dispensairesystems die nachgehende Fürsorge als kontinuierliche Arbeit eines Kollektivs aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen zu entwickeln sein. Dieses Kollektiv soll engste Verbindung zu den Produktionsbetrieben unterhalten und Arbeitsplatzstudien ermöglicht bekommen. Damit ist ein umfassendes System der psychiatrischen Außenfürsorge mit besonderer Betonung der nachgehenden Fürsorge auf- und auszubauen. Es ist unerlässlich, daß jeder Kreis neben mindestens einem Psychiater mindestens eine hauptamtliche psychiatrische Fürsorgerin besitzt, die entweder ihre Anleitung vom regional zuständigen Fachkrankenhaus erhält und

mit diesem eng verbunden arbeitet oder die sogar unmittelbar zum Kader des Fachkrankenhauses selbst gehören sollte.

6. Dringend erforderlich sind Übungslösungen zwischen kontinuierlichen arbeitstherapeutischen Einsätzen auf der einen Seite und der vollen Erwerbsarbeit andererseits, zwischen der ambulanten Krankenbetreuung und der stationären Krankenbetreuung bisheriger Art. In dieser Hinsicht muß die Einrichtung von an die Fachkrankenhäuser angeschlossenen beschützenden Werkstätten, befürsorgten Patienten-Wohnheimen, psychiatrischen Tages- und Nachtkliniken gefordert werden.

7. Die gewaltige soziologisch-gesellschaftliche Bedeutung der psychischen Krankheiten als Volkskrankheiten ist weit stärker als bisher herauszustellen, auf geeignete Weise zu popularisieren mit dem Ziel einer wirksamen Prophylaxe, der unbedingten Früherfassung und Frühbehandlung von psychisch Kranken. Mit allen geeigneten Mitteln der Volkserziehung ist der Intoleranz psychisch Kranken gegenüber zu begegnen.

8. Amtliche oder gesetzliche Zwangsmaßnahmen psychisch Kranken gegenüber sind auf das nur erforderliche Minimum zu beschränken. Die humane Grundhaltung des sozialistischen Lebensstils muß darin zum Ausdruck kommen, daß alles vermieden wird, was geeignet ist, psychisch Kranke in der Öffentlichkeit zu diffamieren und sie außerhalb der Gesellschaft zu stellen. In besonderer Weise sind bestehende Gesetze und Verordnungen daraufhin zu korrigieren. In Arbeit befindliche Gesetze und Verordnungen haben dies gebührend zu berücksichtigen.

9. Durch die Ministerien für Gesundheitswesen sollte ein intensiver Erfahrungsaustausch auf internationaler Basis über Fragen der psychiatrischen Rehabilitation organisiert und gefördert werden. Durch das Vergeben von Forschungsaufträgen an psychiatrische Einrichtungen, die sich besonders intensiv mit den Fragen der psychiatrischen Rehabilitation befassen, soll die wissenschaftliche Bearbeitung dieses Bereiches vorangetrieben werden, wobei den Fragen der sogenannten psychotischen Defektzustände sowie den Entwicklungen der Krankheiten und dem Verhalten der Kranken außerhalb des Krankenhauses besondere Aufmerksamkeit zu widmen ist. Forschungsarbeiten an psychiatrischen Facheinrichtungen des Gesundheitswesens sollen in Absprache bzw. mit unterstützender Beteiligung der regional zuständigen Hochschulkliniken vorgenommen werden.

10. Im Bereich der Psychiatrie ist eine enge Koordinierung der praktischen sowie der wissenschaftlichen Tätigkeit der medizinischen Fachrichtungen des Hochschulwesens und denen des Gesundheitswesens erforderlich. Im Hochschulunterricht müßten die Möglichkeiten und die Bedingungen einer umfassenden medizinisch-sozialen Rehabilitation für akut und chronisch Kranke mehr als bisher dargestellt werden. Soweit die Hochschulkliniken aufgrund ihrer besonderen Struktur und ihrer betonten Aufgabenstellung keine umfassenden Möglichkeiten aller Bereiche der medizinisch-sozialen

psychiatrischen Rehabilitation bei sich selbst entwickeln können, so sind die Studierenden mit den rehabilitativen Maßnahmen der psychiatrischen Fachkrankenhäuser, insbesondere mit den Maßnahmen der Sozio- und Arbeitstherapie im Rahmen des Kollegbetriebes auf geeignete und ausreichende Weise bekanntzumachen. Hochschulkliniken und psychiatrische Fachkrankenhäuser, soweit letztere dazu die Voraussetzungen erfüllen, sollen sichtbarer als bisher die Ausbildung der Studierenden und der Fachärzte gemeinsam tragen, sollen auch gemeinsam Forschungsaufträge erledigen. Jeder Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sollte vor Übernahme einer selbständigen Tätigkeit sowohl mindestens ein Jahr in einer Hochschulklinik als auch ein Jahr in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus im Rahmen seiner Fachausbildung tätig gewesen sein.

Quelle: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, Bd. 11 (1965), H. 1 (S. 61-65).

8.3 DDR - Klaus Weise & Otto Bach: Zum Problem der Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems (1976)

Klaus Weise (geb. 1929) wirkte den größten Teil seines Berufslebens an der Universität Leipzig, deren Psychiatrische Klinik er von 1973 bis 1995 leitete. Weise engagierte sich stark für eine Reform der Psychiatrie in der DDR, die besonders sozialpsychiatrischen Vorstellungen verpflichtet war. Otto Bach (geb. 1937) war seit 1987 Professor für Neurologie und Psychiatrie und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Neurologie an der Medizinischen Akademie Dresden.

Struktur und Funktionsmerkmale unseres Systems der medizinischen Versorgung in der Psychiatrie werden trotz zahlreicher progressiver Ansätze und Veränderungen noch mitbestimmt von Relikten aus dem 19. Jahrhundert, als Isolierung von der Gesellschaft, Unterbringung und Verwahrung zum Schutze der Gesellschaft vor dem psychisch Kranken, die hauptsächlich Zielstellungen der psychiatrischen Versorgung bildeten. Dies gilt vor allem für folgende Bedingungen:

Die Zentralisierung der ärztlichen Versorgungskapazitäten in den großen Fachkrankenhäusern, den früheren Heil- und Pflegeanstalten. Die Konzentration großer Zahlen psychisch Kranker in diesen Einrichtungen hat die Entwicklung von der sozialen Norm abweichender innerer Sozialstrukturen (hierarchischautoritäre Ordnung), „abnormer Subkulturen“ zur Folge, die zur Entfremdung des Patienten von der Realität führen. Verlust der persönlichen Sphäre, der Entscheidungsmöglichkeiten und der Voraussetzung für normentsprechende Realisierung beruflicher, sportlich-kultureller, gesellschaftlicher und kommunikativer Bedürfnisse bringen den Patienten in die Rolle eines passiven, hilflosen Objekts und führen zur weiteren Verringerung der Fähigkeiten zur Bewältigung der Lebensprobleme und zum Verlust realitätsorientierter sozialer Funktionen in Arbeit, Freizeit

und sozialem Umgang (DUNHAM u. WEINBERG, 1960; FREUDENBERG, 1962; PUNELL, 1968; WING u. BROWN, 1970).

Zwischen den psychiatrischen Krankenhäusern und dem sozialen Herkunftsraum des Patienten entstand eine Kluft sowohl in ideeller Hinsicht durch Vorurteile und negative Wertungen als auch durch die oft erhebliche geographische Distanz, wodurch die Entfremdung des Patienten von seinem sozialen Raum mit seinen Normen und Werten noch verstärkt wird.

Das ambulante Versorgungssystem entwickelte sich in nur sehr loser Beziehung zum stationären Sektor und ist vielerorts auch noch dadurch in seiner Wirksamkeit beeinträchtigt, daß es in zwei mehr oder weniger unkoordiniert arbeitende Anteile, Fachambulanz und psychiatrische Fürsorge, geteilt ist, wodurch die an sich schon geringere Kapazität noch weiter zersplittert wird.

Die Fachambulanz, die bis in die Gegenwart hinein wesentliche Merkmale der traditionellen nervenärztlichen Praxis trägt (Beschränkung auf die Zweierbeziehung Arzt-Patient, Schwerpunkt im Konsultationssystem, Zentrierung auf die Institution) wird im sozialen Raum des Patienten kaum wirksam. Die psychiatrische Fürsorge, die die wertvollen Traditionen einer gesellschaftlich orientierten Psychiatrie repräsentiert, ist zwar auf die sozialen Belange der schweren, besonders postpsychotischen Zustände, orientiert, kann aber infolge ihrer ungenügenden Kapazität kaum wirksam werden.

Zahlreiche Untersuchungen haben gezeigt, daß einmal die Distanz zwischen der therapeutischen Institution und dem sozialen Raum, zum anderen die Koordination und Einheitlichkeit des ambulanten und stationären Versorgungssystems entscheidend die Effektivität und Qualität der medizinischen Versorgung bestimmt. Die Prognose psychischer Erkrankungen verschlechtert sich mit zunehmender geographischer und - diese Hypothese ist berechtigt - ideeller Distanz zwischen Behandlungseinrichtung und sozialem Herkunftsraum des Patienten. Hierfür sind folgende Zusammenhänge verantwortlich zu machen: je größer die Distanz desto ausgeprägter Entfremdung und Isolierung vom sozialen Feld, desto schlechter die Möglichkeiten der gezielten Vorbereitung des Patienten und seiner Umgebung auf Entlassung und Rehabilitation, desto weniger Möglichkeiten der Kooperation und Koordination stationärer und ambulanter Aktivitäten.

In den genannten strukturellen Besonderheiten sind deshalb heute die entscheidenden Hemmfaktoren einer Verbesserung der medizinischen Versorgung psychisch Kranker zu sehen. Dabei sind noch folgende Überlegungen zu berücksichtigen:

1. Früher konzentrierte sich die psychiatrische Versorgung auf die schweren psychotischen Syndrome und damit auf stationäre Behandlung. Im Gegensatz dazu hat sich heute der Kompetenzbereich der Psychiatrie entscheidend verändert (HÄFNER, 1967; KISKER, 1973). Der Verlauf schizophrener Erkrankungen ist auch heute noch in vielen Fällen chronisch, jedoch bedarf die überwiegende Mehrzahl der Fälle (60-70%) keiner langfristigen Hospitalisation, sondern kann unter entsprechenden rehabilitativen und extramuralen Behandlungsmöglichkeiten mit befriedigenden sozialen Beziehungen in Familie, Beruf und Gesellschaft existieren. Unter präventivem Aspekt

ist die ebenfalls extramurale Behandlung präpsychotischer Syndrome (WOLOWIK, 1975) bedeutsam geworden. Hinzugekommen ist die Betreuung einer großen Zahl psychoneurotischer und süchtiger Patienten, die Suizidbetreuung sowie die Behandlung funktionell gestörter und sozial isolierter Menschen. Dieses früher als "kleine Psychiatrie" bagatellierte Gebiet ist heute auf Grund des Umfangs dieser Personengruppe (10-15% der Bevölkerung) zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt geworden.

2. Zahlreiche epidemiologische und klinisch-sozialpsychiatrische Untersuchungen haben die große Bedeutung sozialer und psychologischer Zusammenhänge als Risikofaktoren und pathogenetische Bedingungen psychischer Erkrankungen nachgewiesen.

Unter Berücksichtigung der bisherigen Zentrierung psychiatrischer Aktivitäten auf klinisch-somatotherapeutische Aspekte ergibt sich hieraus die Forderung nach der Konzentration des therapeutisch-rehabilitativen und prophylaktischen Ansatzes auf psychologisch-soziale Probleme und auf den gesellschaftlichen Herkunftsraum des Patienten, auf das ambulante bzw. extramurale Versorgungsprinzip.

Auf Grund dieser Erkenntnisse hat sich die Sozialpsychiatrie als Wissenschaftsgebiet entwickelt, jedoch z. T. mit einer Tendenz, die als gefährlich anzusehen ist, die ihr aber auch oft von außen aufgezwungen wird. Wir meinen hierbei die Entwicklung spezieller Abteilungen, sei es in Forschung oder Praxis, als eine besondere Form psychiatrischer Therapie, die irgendwo an das psychiatrische Behandlungskonzept bzw. das Versorgungssystem angehängt wird. Sie existiert dann neben den großen psychiatrischen Institutionen, ohne echte Bedeutung für das tatsächliche Schicksal der großen Zahl der psychisch Kranken in Fachkrankenhäusern und in der Gesellschaft. Damit soll nichts gesagt sein gegen den Aufbau sozialpsychiatrischer Stationen mit Modellcharakter, gleichsam als Keimzellen. Entscheidend ist jedoch, daß von vornherein das Ziel angestrebt wird, das ganze System entsprechend zu verändern. Nach unserer Meinung ist es am effektivsten und auch am dringendsten, mit dieser Arbeit auf den psychiatrischen Aufnahmestationen zu beginnen. Sozialpsychiatrie kann nicht irgendwie dem bestehenden Versorgungssystem hinzugefügt werden, sondern hat erstrangige gesundheitspolitische Konsequenzen, nämlich die der Neustrukturierung des gesamten Versorgungssystems für psychisch Kranke. Diese muß dort beginnen, wo der Schwerpunkt liegt, in den Fachkrankenhäusern und den Fachambulanzen. Sozialpsychiatrie muß, wenn sie ihrer Aufgabe gerecht werden will, in alle Bereiche der Psychiatrie integriert werden, womit dann der Terminus eigentlich überflüssig wird.

Die folgenden Darlegungen resultieren vor allem aus der Kenntnis des psychiatrischen Versorgungssystems in der Sowjetunion, wo im internationalen Maßstab die ältesten Traditionen einer gesellschaftlich orientierten psychiatrischen Versorgung bestehen, daneben auch auf den Diskussionen, die zu diesem Problem in den letzten Jahrzehnten in den skandinavischen Ländern, in England, den USA und der BRD geführt wurden (BAUER u. RICHARTZ, 1971; BRESSLAW, 1974; DEGWITZ, 1973; FINZEN, 1972; KISKER, 1967; KOSYREW, 1974; SALZMAN u. a., 1974; STRÖMGREN, 1970). Hierbei wurden folgende Prinzipien herausgearbeitet:

Der erste und wichtigste Grundsatz ist der der Integration der Elemente des Versorgungssystems in den sozialen Raum des Patienten. Wenn das Ziel der Behandlung die soziale Reintegration, d. h. die Gewöhnung des Patienten an nicht medizinisch, sondern gesellschaftlich definierte Normen ist, so wird im Zusammenhang mit den einführenden Bemerkungen die Bedeutung dieses Prinzips deutlich. Psychiatrische Diagnostik und Behandlung müssen über die traditionelle Zweierbeziehung im Sinne einer dyadischen Interaktion zwischen Arzt bzw. medizinischer Institution und Patient, die abzielt auf organismische bzw. intrapsychische Veränderungen, hinausgehen. Sie kann ihr Ziel nur durch enge Wechselwirkung in einem Dreieckssystem, d. h. einer triadischen Interaktion (ABHOLZ u. a., 1973) zwischen medizinischer Institution, Patient und sozialem Feld erreichen. Die aktive Einflußnahme auf die wichtigsten sozialen Bereiche (Arbeit, Familie etc.) im Sinne einer Mediatorwirkung von der ersten Behandlungsphase an ist erforderlich, um eine befriedigende Stabilisierung des sozialen Status des Patienten zu erreichen. Dies erfordert enge Beziehungen zwischen der Versorgungseinrichtung und gesellschaftlichen Institutionen, Betrieben, der Familie, dem Wohnbereich des Patienten. Für die stationären Einrichtungen ist am wichtigsten die Verringerung der Distanz in ideeller und geographischer Hinsicht: Das erste Problem erfordert eine intensive Aufklärungsarbeit mit dem Ziel des Abbaus der Abnormenschanke, gleichzeitig auch die Öffnung des Krankenhauses zur Gesellschaft durch Intensivierung aller möglichen Kontakte (Familienangehörige, Arbeitskollegen, Beurlaubungen). Schwieriger ist die Überwindung der geographischen Distanz. Hier müßte angestrebt werden, zumindest eine Optimierung der gegenwärtigen Einzugsgebiete dahingehend, daß das Krankenhaus im Zentrum des Versorgungsbereiches liegt, so daß ein Minimum an Zeitaufwand für die Fahrt zum Wohnort resultiert. Ebenso wichtig ist die Angleichung der sozialen Struktur an die der Gesellschaft, d. h. die Realisierung des Prinzips der therapeutischen Gemeinschaft (s. PETERMANN u. WEISE, H.).

Ebenso wichtig ist die Integration der psychiatrischen Institutionen in das Gesamtsystem der medizinischen Versorgung. Im Vordergrund steht dabei die Herstellung enger Beziehungen zum Versorgungssystem der Allgemeinmedizin, da hier oft die besten Kenntnisse der familiären und Arbeitssituation und damit Voraussetzungen für präventive und metaphylaktische Aktivitäten bestehen. Aus dieser Forderung der Nähe zum sozialen Raum ergibt sich quasi als seine organisatorische Seite das zweite wichtige Grundprinzip, nämlich das der Sektorisierung, der Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung. Die Erfahrungen im internationalen Maßstab haben gezeigt, daß eine Verflechtung zwischen psychiatrischer Versorgung und Gesellschaft von einer Institution nur in einem Territorium von begrenzter Größe realisierbar ist. Die Angaben hinsichtlich der möglichen Größe eines solchen Versorgungsterritoriums sind unterschiedlich, sie schwanken zwischen 60000 und 250000 Einwohner. Das heißt, an Stelle der traditionellen Gliederung psychiatrischer Einrichtungen in Männer- und Frauenseite, Akute und Chronische, Aufnahme- und Rehabilitationsstationen, muß eine Unterteilung in kleinere, selbständige klinische Einrichtungen erfolgen, die alle Möglichkeiten der Diagnostik, der Somato-, Sozio-, Psychotherapie, Teilzeitbehandlung und Rehabilitation haben und für ein bestimmtes Territorium der

obengenannten Größenordnung verantwortlich sind. Diese Kombination verschiedener Therapieformen und Krankheitsgruppen sowie akuter und chronischer Stadien führt zu einer Dynamisierung der sozialtherapeutischen Prozesse und zur Öffnung der Station zur Gesellschaft, vor allem durch die sozialen Kontakte der Teilzeitpatienten. Die Ausgliederung der chronischen Patienten auf therapeutisch weniger intensive Sonderstationen wird von WING (1967) nicht nur als zweckwidrig, sondern inhuman bezeichnet. Das bedeutet jedoch nicht, daß die existierenden chronischen Stationen aufgelöst werden könnten. Für die jetzt dort befindlichen Patienten, die durch die Hospitalisierung mehr oder weniger schwer geschädigt sind, müssen langfristige intensive Rehabilitationsprogramme geplant werden, die die Chance haben, daß noch etwa 70% dieser Patienten entlassungsfähig werden. Vordringlich dürfte jedoch die Schaffung der genannten sektoriserten Abteilungen sein, um die weitere Zunahme chronifizierter hospitalisierter Fälle und damit die Überlastung psychiatrischer Einrichtungen zu vermeiden. Die erwähnten selbständigen psychiatrischen Abteilungen für abgegrenzte territoriale Sektoren können -ein weiterer wichtiger Grundsatz psychiatrischer Versorgung -entsprechend dem Prinzip der Unifikation (HÄFNER, 1967; HUBER, 1972) die überwiegende Mehrzahl des psychiatrischen Krankengutes (Neurosen, ein Teil der Suchten, Suizidversuche, schizophrene, manisch-depressive sowie Generations-, Involutions- und reversible Alterspsychosen) versorgen. Diese Krankheitsgruppen können von einem therapeutischen Kollektiv (Arzt, Psychologe, Fürsorgerin, Schwester) nach einheitlichen Methoden und Prinzipien psycho- und soziotherapeutisch und auch durch gemeinsame flankierende Einrichtungen (s. u.) betreut werden. Die Schaffung psychotherapeutischer Spezialeinrichtungen neben diesen Kliniken im Rahmen des psychiatrischen Versorgungssystems scheint weder vom ökonomischen noch vom personellen Aspekt her sinnvoll. Sie führt dazu, daß eine kleine Anzahl neurotischer Patienten, nach oft fragwürdigen Kriterien (Bildungsstand, Differenzierungsgrad der Persönlichkeit, Alter) und nicht nach der Dringlichkeit der Indikation vom klinischen Aspekt her ausgewählt, mit hoher personeller Kapazität behandelt wird. Die Mehrzahl der Neurosen und die großen Gruppen der anderen Krankheitsbilder auf psychiatrischen Stationen und in Fachambulanzen erhalten hingegen keine oder nur ungenügende Psychotherapie. Das Prinzip der Unifikation und die Konsequenzen für das Problem psychotherapeutischer Einrichtungen, das sei hier vorweggenommen, gilt nicht nur für den stationären Sektor, sondern ebenso für das ambulante und extramurale Versorgungssystem. Auch für die Planung der psychotherapeutischen Kapazitäten und ihren Einsatz sollte der Grundsatz Gültigkeit erlangen, daß die Einrichtungen bevorzugt materiell und personell entwickelt werden, die am häufigsten von der Bevölkerung aufgesucht werden, das sind die Fachambulanzen und die Fachkrankenhäuser.

Die Berücksichtigung von „Psychotherapie ... schulisch ungebunden ... als Achse des therapeutischen Handelns“ (KISKER, 1973) im Gesamtsystem der psychiatrischen Versorgung ist eine der wichtigsten Forderungen einer modernen Psychiatrie. Dabei bekommt die Psychotherapie eine veränderte Funktion, sie tritt nicht mehr als selbständige, isoliert anzuwendende Behandlungsform, als unabhängige Disziplin auf, sondern als integraler flexibler Bestandteil eines sozialpsychiatrischen Behand-

lungsprogramms, das auch somatotherapeutische Verfahren einschließt. Psychotherapie ist dabei gerichtet vorwiegend auf die Person des Patienten, seine soziale Integrationsfähigkeit. Rehabilitativ-sozialpsychiatrische Maßnahmen hingegen zielen mehr auf das soziale Feld des Patienten. Beide therapeutischen Ansätze müssen jedoch einheitlich, komplementär gestaltet werden. Eine Psychotherapie ohne entsprechende Einflußnahme auf die äußere Umwelt des Patienten ist ebenso fragmentarisch wie die Herbeiführung günstiger sozialer Arrangements ohne eine entsprechende, durch Psychotherapie zu erzielende Einstellung des Patienten auf seinen zukünftigen gesellschaftlichen Status.

Psychiatrische Abteilungen dieser Art können natürlich keinen Anspruch auf Universalität haben, im Gegenteil ist eine klare Abgrenzung der Behandlungsfelder erforderlich. Übersektorielle gemeinsame Einrichtungen, aber möglichst auch gesellschaftsnahe, sind erforderlich für einen bestimmten Teil der Suchten, für irreversible organische Abbauprozesse besonders aus der Geropsychiatrie, Oligophrenien mittleren und schweren Grades sowie forensisch-psychiatrische Fälle.

Die optimale Lage für eine psychiatrische Versorgungseinrichtung müßte so sein, daß der Patient mit vertretbarem Aufwand an Zeit und Geld regelmäßig besucht werden kann, daß therapeutische Beurlaubungen häufig und möglichst schon während der Somatotherapiephase möglich werden und daß er als Teilzeitpatient Arbeitsplatz bzw. Wohnung ohne Schwierigkeiten zu erreichen in der Lage ist. Die Möglichkeit der Realisierung einer solchen Struktur der psychiatrischen Versorgungseinrichtung besteht da, wo die Fachkrankenhäuser in unmittelbarer Nähe des Ballungsraumes liegen, z. B. das Fachkrankenhaus für Psychiatrie Leipzig-Dösen. Hier existiert bereits ein Plan des Aufbaus solcher sektorisierten Einrichtungen. Ähnlich günstige Voraussetzungen bilden Städtische Nervenkliniken wie Karl-Marx-Stadt, Zwickau etc. Hier können die behandelnden Institutionen unmittelbar in das soziale Feld des Patienten gehen. Schwieriger ist die Situation in abgelegenen Fachkrankenhäusern. Jedoch dürfte auch hier eine Strukturänderung im Sinne der Sektorisierung eine bessere Beziehung zwischen Behandlungsinstitution und sozialem Feld möglich machen. Für die Perspektive werden jedoch andere Lösungen notwendig werden: Schaffung von Satelliteneinrichtungen, Verlagerung von Teilaktivitäten (Tages-Nachtkliniken) in das Territorium bzw. Einrichtung psychiatrischer Behandlungszentren an Allgemeinkrankenhäusern. Für die Fernperspektive werden die ungünstig gelegenen psychiatrischen Fachkrankenhäuser als Zentren der Versorgung keine Zukunft mehr haben.

Der Zusammenhang zwischen der Lage der Institution in der Nähe des Wohnorts und guten Beziehungen zum sozialen Feld, Abbau der Isolierung des Krankenhauses und der Abnormenschanke, schnellerer Aufnahme, Frühbehandlung, Frühentlassung und bessere Nachsorge mit den Möglichkeiten der gezielten sozialtherapeutischen Einflußnahme auf Beruf, Familie und Wohngemeinschaft zum Ausgleich sozialer Beziehungsstörungen und der hieraus resultierende ökonomische Effekt durch geringeren Bettenbedarf und höhere gesellschaftliche Arbeitsleistung des Patienten sind so zwingend, daß kaum eine andere Lösung bleibt.

Die wichtigste Grundlage der psychiatrischen Versorgung ist ein extramurales System von Behandlungseinrichtungen, das einen gleitenden Übergang von der stationären Betreuung mit allseitiger Stützung des Patienten bis zur ambulanten Nachsorge, die Selbständigkeit und Stabilität erfordert, gewährleistet. Dieses System bedarf im hohen Grad einer Flexibilität hinsichtlich der zeitlichen Intensität (stationär, teilszeit, ambulant) der Behandlung, damit die somato-, psycho- und soziotherapeutischen Aktivitäten entsprechend den Veränderungen des klinischen, psychischen und sozialen Status gestaltet werden können, und zwar reziprok zur Stabilität der Persönlichkeit und ihrer sozialen Integration. Entsprechend der Besserung oder auch Verschlechterung des Zustandes muß ein rascher und fließender Wechsel der verschiedenen Behandlungsformen und ihrer zeitlichen Dauer möglich sein. Parallel hierzu ist in Abhängigkeit vom psychischen und sozialen Status des Patienten der Einsatz flankierender Maßnahmen erforderlich: z. B. bei pathogenetisch relevanten symbiotischen Elternbindungen Unterbringung in einem Wohnheim, bei beruflichen Konflikten geschützte Werkstatt oder Schonarbeit, bei sozialer Isolierung Patientenklub oder Wochenendklinik etc.

Dieses Netz differenzierter extramuraler Behandlungseinrichtungen als Schwerpunkt des Systems, in dem die stationäre Aufnahme eine möglichst kurze Episode darstellt, ist nur durch enge Kooperation des ambulanten und stationären Sektors und der Aufgabe ihrer traditionellen Behandlungsprinzipien zu entwickeln und funktionsfähig zu gestalten. Für die Tätigkeit der Fachambulanz ergibt sich die Forderung, an Stelle des institutionszentrierten Sprechstundensystems die Arbeit im sozialen Feld in Form sozialtherapeutischer Maßnahmen im Sinne des erwähnten triadischen Behandlungsansatzes zu setzen. Im Grunde handelt es sich um eine Weiterentwicklung der Arbeitsprinzipien der psychiatrischen Fürsorge. Eine Vereinigung beider Institutionen, der Fachambulanz und der psychiatrischen Fürsorge ist unbedingt erforderlich.

Ein weiteres Prinzip ist das der Kontinuität der psychiatrischen Versorgung. Wenn man psychiatrische Therapie als einen Sozialisierungsprozeß ansieht, natürlich mit Elementen klinisch-somatischer Therapie, in dem aber sozialpädagogische und sozialtherapeutische Maßnahmen eine entscheidende Rolle spielen, so wird deutlich, daß der Erfolg der Behandlungsmaßnahmen abhängig ist von der Integration des Patienten in das Gesamtsystem als aktiver Partner des therapeutischen Prozesses. Diese wiederum erfordert eine möglichst langfristige Eingliederung des Patienten sowohl in das Kollektiv der Therapeuten als auch das der Patienten, d. h., der Erfolg der Behandlung ist abhängig von der Stabilität und Dynamik der Kollektivbildung von Patienten und Therapeuten und der Patienten untereinander. Die günstigste Form der Behandlung wäre, wenn der Patient von der Diagnostik im ambulanten Sektor über die stationäre Behandlung, über Teilzeitbehandlung bis hin zur ambulanten Nachsorge von einem therapeutischen Kollektiv in möglichst stabilen psycho- und soziotherapeutischen Gruppen betreut wird. Diese optimale Lösung ist selbstverständlich nur selten realisierbar. Es ist aber eine dringende Forderung, alle therapeutischen Maßnahmen so zu organisieren, daß ein Minimum an Abbrüchen dieses Kommunikationsprozesses erreicht wird. Jede Verlegung innerhalb des Krankenhauses

von der Therapie- auf die Rehabilitationsstation, jeder Wechsel des Therapeuten und besonders die Entlassung bedeuten vielfach den Abbruch sozialer und personaler Beziehungsstrukturen, und damit erhöhte Rezidivgefährdung und Beeinträchtigung des Behandlungserfolges. Alle Möglichkeiten, notwendig werdende Abbrüche der Kontinuität durch andere soziale Beziehungen zu überbrücken, sollten genutzt werden. So werden bei uns Patienten möglichst frühzeitig vor der Entlassung in die ambulanten oder nachtklinischen Gruppen eingegliedert, an denen sie später teilnehmen. Ebenso ist die Teilnahme am Patientenklub bereits während der stationären Phase eine solche Möglichkeit.

Wenn diese Kontinuität der Behandlung nicht realisierbar ist, so ist es erforderlich und im Prinzip möglich, zwischen stationärer und ambulanter Behandlungsinstitution wenigstens zu einer konzeptionellen Einheitlichkeit von Ziel und Methode der Behandlung zu kommen. Dies setzt natürlich eine optimale Information zwischen allen Gliedern der therapeutischen Kette voraus. Man muß sich bewußt sein, daß ungenügende Information, ungenügende Kooperation, sei es aus subjektiven oder konzeptionellen Gründen, vom Patienten mit Chronifizierung, u. U. Rezidiv, auf alle Fälle aber geminderter Behandlungsqualität und Rehabilitationschance bezahlt werden muß. Die Situation bei uns kann in dieser Hinsicht keinesfalls befriedigen. Die Realisierung des Prinzips der Kontinuität ist natürlich auch abhängig von der Distanz zwischen stationärem und ambulantem Sektor, jedoch spielen oft noch mehr subjektive oder konzeptionelle Differenzen zwischen den Mitarbeitern beider Bereiche sowie ideologische Hemmnisse der Kooperation eine Rolle. Am günstigsten wäre es, alle Glieder eines territorialen Sektors unter einheitliche Leitung zu stellen.

Ein letztes Prinzip, das von praktischer Bedeutung ist, ist das der leichten Zugänglichkeit aller Glieder der Versorgungssysteme für die Bevölkerung. Das ist besonders deshalb wichtig, weil einmal die Frühbehandlung in der Psychiatrie den gleichen Rang hat wie in anderen Fachgebieten, zum anderen, weil bei zahlreichen Krankheitsbildern nur in bestimmten und sehr kurzen Phasen ein wirksamer therapeutischer Eingriff möglich ist. Dies gilt z. B. für die Suizidprophylaxe, für die Einflußnahme auf soziale Krisen, insbesondere auch bei schizophrenen oder süchtigen Prozessen u. ä. Hier liegt das Aufgabengebiet einer psychiatrischen Krisenintervention. Dieses Prinzip ist in der gegenwärtigen Situation weder hinsichtlich der stationären Einrichtungen (Bettenmangel, geographische und ideelle Distanz) noch für die ambulanten Einrichtungen (z. T. noch hohe Wartezeiten, Konzentration auf konsultative Sprechstundentätigkeit statt Eingreifens in das soziale Feld) erfüllt.

Abschließend noch einige Bemerkungen zum Problem der Stellung psychiatrischer Universitätskliniken in einem solchen System. Die psychiatrischen Universitätskliniken konzentrierten sich bisher vorwiegend auf Diagnostik und Behandlung akut Kranker, d. h. auf kurzfristige Versorgungsaufgaben. Die Schwerpunktaufgaben der psychiatrischen Versorgung, die vor allem in der Behandlung und Rehabilitation der chronischen Psychosen und jetzt in den eingangs erwähnten Krankheitsgruppen der „kleinen Psychiatrie“ lagen, wurden kaum berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit dieser Situation entwickelte sich ein bis heute nicht überwundener Gegensatz zwischen Universitätseinrichtungen, akademischer Psychi-

atrie und den die Hauptlast der Versorgung der Patienten tragenden Einrichtungen der territorialen Psychiatrie. Hieraus resultiert auch, daß die psychiatrische Hochschulforschung zwar auf vielen Gebieten klinisch-psychiatrischer und neurowissenschaftlicher Themenstellungen große Erfolge aufzuweisen hatte, jedoch kaum wirksam wurde im Sinne der Vorlaufsforschung für die praktische Versorgung psychisch Kranker; wichtige Reformbestrebungen der psychiatrischen Versorgung gingen selten von den Universitätskliniken, sondern vor allem von den Fachkrankenhäusern aus (Rodewischer Thesen). Die Struktur- und Funktionsmerkmale psychiatrischer Universitätseinrichtungen, wie sie oben angedeutet wurden, haben natürlich da ihre Berechtigung und sind erforderlich, wo Forschungsaufgaben klinischer, psychopharmakologischer oder neurowissenschaftlicher Zielstellung bestehen. Sie werden jedoch fragwürdig, wo sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Forschungs- und Versorgungsaufgaben im Mittelpunkt stehen. Unter Berücksichtigung der Forderung an die klinischen Einrichtungen der Universitäten und Akademien, den wissenschaftlichen Vorlauf der medizinischen Versorgung zu schaffen, ergibt sich die dringende Aufgabe, auch diese Bereiche der Psychiatrie an bestimmten Universitätskliniken zum Gegenstand von Forschung, Aus- und Weiterbildung sowie Versorgung zu machen. Ein Beispiel hierfür ist die Psychiatrisch-Neurologische Klinik der Medizinischen Akademie Dresden (Direktor Prof. Lange), an der ein Modellsystem für die territoriale Versorgung suizidgefährdeter Patienten entwickelt wurde.

Die Bemühungen an unserer Klinik, das Modell einer gesellschaftsnahen psychiatrischen Behandlungseinrichtung zu schaffen, stießen auf Grund der besonderen Situation einer Universitätsklinik auf Schwierigkeiten, da sich eine sozialpsychiatrische Arbeit im oben dargestellten Sinne ohne Sektorisierung nicht entwickeln kann. Die Orientierung der Klinik auf den gesellschaftlichen Bereich des Patienten, die Realisierung des Prinzips der Gesellschaftsnähe, der Kontinuität und Flexibilität ist nicht möglich, wenn Patienten aus allen Teilen der Stadt und auch aus ländlichen Kreisen des Bezirkes Leipzig aufgenommen werden. Sowohl für Forschung als auch für die Arbeit in der medizinischen Versorgung ergeben sich hieraus ineffektive Bedingungen. Die Orientierung auf sozialpsychiatrische Forschung und Praxis erforderte deshalb die Eingliederung der Klinik mit Bettenstation, Tages-Nachtklinik und Ambulanz in das territoriale Versorgungssystem, d. h. die volle Übernahme der psychiatrischen Versorgung der oben erwähnten Krankheitsgruppen für einen Sektor der Stadt Leipzig. Zur Versorgung der übrigen Sektoren der Stadt ist die Bildung zweier gleichartiger klinischer Bereiche im Rahmen des Bezirksfachkrankenhauses für Psychiatrie in Leipzig-Dösen vorgesehen. Dieses Vorhaben wurde im vergangenen Jahr vertraglich festgelegt. Ziel dieses Vorhabens ist es, das Konzept einer sektorisierten gesellschaftsnahen psychiatrischen Versorgung zu realisieren und seine Wirksamkeit auch für unsere Bedingungen zu zeigen.

Literatur

- BAUER, M., u. M. RICHARTZ; *Vom Elend der Psychiatrie in diesem Lande. Rehabilitative und präventive Möglichkeiten in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen* 4 (1971), 2-10
- BRESSLAW, E. A., L. R. KAPLAN, L. W. KOLTUN u. I. F. SCHWILIWITZKAJA: *Die etappenmäßige Rehabilitation psychisch Kranker in extramuralen Verhältnissen und seine Effektivitätsschätzung. IV. Int. Symp. für Rehabilitation psychisch Kranker. Leningrad* 1974
- DEGKWITZ, R.: *Zur Planung der Verbesserung der Lage psychisch Kranker in der BRD. Nervenarzt* 44 (1973), 585-593
- DUNHAM, H. W., u. S. K. WEINBERG; *Culture of the state mental hospital. Detroit* 1960
- FINZEN, A.: *Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung. Notwendige Strukturreform oder „unrealistisches Wunschdenken“? Nervenarzt* 43 (1972), 37-44
- FREUBENBERG, R. K.: *Das Anstaltssyndrom. Nervenarzt* 33 (1962), 165-172
- GLEISS, I., R. SEIDEL u. H. H. ABHOLZ: *Soziale Psychiatrie. Fischer Taschenbuch, Frankfurt/VI.* 1973
- HÄFNER, H.: *Gutachten über Struktur und Organisation einer neu zu bauenden psychiatrischen Universitätsklinik. Sozialpsychiatrie. Vol. 2 (1967), 189-196*
- HUBER, G.: *Dezentralisierung der psychiatrischen Krankenversorgung. Nervenarzt* 43 (1972), 482
- KISKER, K. P.: *Eine Prognose der psychiatrischen Therapeutik. Nervenarzt* 44 (1973), 184-194
- , A. AMSEL-KAINAROU u. D. SPAZIER: *Psychiatrie ohne Bett. Über eine zweijährige poliklinische Arbeit der Heidelberger Klinik. Nervenarzt* 38 (1967), 10 bis 15
- KOSYREW, W. N.: *Die soziale Rehabilitation psychisch Kranker und die Organisation der psychiatrischen Hilfe. IV. Int. Symp. für Rehabilitation psychisch Kranker. Leningrad* 1974
- PUNELL, G.: *Die Entwicklung von Anstaltsartefakten und deren systematische Behandlung. Z. Psychother. med. Psychol.* 18 (1968), 21-30
- SALZMAN, G. I., u. G. P. LENSKII; *Über einige Änderungen der Organisationsformen des Arbeitsinhalts des Psychiaters in Zusammenhang mit den Aufgaben der Rehabilitation psychisch Kranker. IV. Int. Symp. für Rehabilitation psychisch Kranker. Leningrad* 1974
- STRÖMGREN, E.: *Zur institutionellen und personellen Organisation sozialpsychiatrischer Dienste aufgrund bisheriger Ergebnisse epidemiologischer Forschung auf dem Kongreß der DGPN. Bad Nauheim* 23.-25. 10. 1970
- TITTLE, C. R., u. D. P. TITTLE: *Structural handicaps to therapeutic participation: a case study. Soc. Problems* 13 (1965), 75-82

- VOLOVIK, V. M.: Die Frührehabilitation von schizophrenen Patienten. In: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Hrsg.: O. BACH, D. FELDES, K. WEISE u. A. THOM. VEB Georg Thieme, Leipzig 1976
- WEISE, H., u. H. PETERMANN: Probleme der Arzt-Patient-Beziehung und der Entwicklung einer therapeutischen Gemeinschaft. In: Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Hrsg.: O. BACH, D. FELDES, K. WEISE u. A. THOM. VEB Georg Thieme, Leipzig 1976
- WING, J. K.: Über Entwicklung und Ausweitung eines neuen Programms zur psychiatrischen Versorgung in London. In: Perspektiven der heutigen Psychiatrie. Hrsg.: H. E. EHRHARDT. Gerhards & Co., Frankfurt/M. 1972
- , u. W. BROWN: Institutionalism and schizophrenia. Cambridge Univ. Press. 1970

Quelle: Bach, Otto, Thom, Achim & Weise, Klaus (Hg.). 1976. Sozialpsychiatrische Forschung und Praxis. Leipzig: Georg Thieme, S. 199-207.

8.4 BRD – Frank Fischer: Irrenhäuser. Kranke klagen an (1969)

Dieses Buch beschrieb die fragwürdigen Zustände in einer traditionellen psychiatrischen Anstalt als Skandal. Sein Autor ist der Gymnasiallehrer Frank Fischer, der seine Erfahrungen nach einjähriger Pfleger-Praxis in sieben Landeskrankenhäusern in Baden-Württemberg niederschrieb.

Eine bewundernswerte Leistung zeichnet die englischen psychiatrischen Institutionen vor allem aus: Mit oft geringen Mitteln, aber beneidenswerter pragmatischer Phantasie werden dort Erkenntnisse der Wissenschaft in die Praxis umgesetzt. Besonders deutlich zeigt sich das in den Bemühungen, die Kluft zwischen Anstalt und Gemeinde durch eine Vielzahl von Übergangseinrichtungen zu schließen.

Wird ein deutscher Patient aus der Anstalt entlassen, so kann man nur hoffen, dass er den Absprung schafft; in vielen Fällen flüstern die Pfleger hinter vorgehaltener Hand: »In spätestens zwei Monaten ist der ja doch wieder hier.

England blieb nicht in solchem Fatalismus stecken, sondern zog Konsequenzen: Mit der Aushändigung der Entlassungspapiere setzt dort erst ein ganz wesentlicher Teil der Resozialisierungsmaßnahmen ein, mit Tages- und Nachtkliniken, Wochenendspitälern, Arbeitstrainingszentren, Clubs und (übergangs-) Heimen.

Drei solcher Heime für drei verschiedene Patientengruppen bestehen beispielsweise in Oxford. Ihre Gründung ging von der Gegebenheit aus, dass die Anstalt eine beträchtliche Anzahl von Patienten beherbergt, die einerseits keine stationäre Behandlung mehr benötigen, andererseits aber auch noch nicht oder nicht mehr völlig selbständig in der Gemeinde leben können Sie sind jedoch durchaus imstande, ein eigenes Zimmer in der Stadt zu bewohnen und sich teilweise selbst zu versorgen, sofern eine mehr oder weniger lange Verbindungsleine zum Krankenhaus erhalten bleibt.

Ein möbliertes Reihenhauses, mitten im Zentrum von Oxford gelegen, wird von sechzehn älteren, allein stehenden Patienten bewohnt, von denen ein großer Teil langjährige Anstaltsinsassen waren. Eine Schwester ist ständig zu ihrer Betreuung anwesend. Sie hilft auch beim Putzen und Kochen oder geht zu Einkäufen mit. Denn dieses Haus ist so etwas wie eine »geschützte Lebensbasis«, und es ist nicht beabsichtigt, die hier lebenden Ex-Patienten einmal ganz zu entlassen.

Das Montagabend-Meeting, bei dem Stets ein Team aus dem Littlemore-Hospital anwesend ist, beginnt mit dem Verlesen der Wochenchronik durch den Hausältesten: „Dienstagabend besuchte eine Gruppe von uns ein Kino ... Donnerstagvormittag beschäftigten sich einige mit Gartenarbeiten, während die meisten mit Schwester Eileen zum Wochenmarkt gingen.“

Anschließend sammelt die Sozialarbeiterin Anregungen für den nächsten Sommerurlaub, wobei Planung, Organisation und Finanzierungsmöglichkeiten besprochen werden.

Hier stehen beim Meeting therapeutische Probleme im Vordergrund. Im weiteren Verlauf geht es dann auch hier um Ferienpläne; Theaterkarten werden angeboten und Schwierigkeiten an den verschiedenen Arbeitsstellen besprochen. Von diesen Schwierigkeiten wird aus taktischen Gründen dann gesprochen, wenn die Wochenmiete von etwa zwei Pfund - abgestuft nach der Höhe des jeweiligen Verdienstes - eingezogen werden soll.

An diesem zum Schluss zitierten Beispiel lässt sich recht gut ablesen, welche Entwicklung inzwischen in England eingesetzt hat, die es heute notwendig erscheinen lässt, selbst zu einer so vorbildlichen Anstalt wie Netherne eine gewisse Distanz herzustellen. Damit wird durchaus nicht bestritten, dass Netherne für die bestehenden Anstalten in der Bundesrepublik eine Modelleinrichtung darstellt, an der man sich mit gewiss unschätzbarem Gewinn -orientieren sollte. Alle eventuellen deutschen Neuplanungen müssen je doch unbedingt berücksichtigen, dass die Großanstalt herkömmlichen Typs nicht mehr zur Debatte steht, dass ihr System überholt ist - sowohl in den USA als auch in England und anderen westeuropäischen Ländern. So läuft beispielsweise in England seit 1962 ein Regierungsplan, der sich zum Ziel setzte, die Anstaltsbettenzahl im ganzen Lande bis 1975 um vierzig Prozent zu reduzieren. Parallel dazu hat zur gleichen Zeit ein intensiver Aufbau und Ausbau psychiatrischer Institutionen innerhalb der Gemeinden begonnen. Diese neuen psychiatrischen Dienste stehen zwar meist in Verbindung mit der jeweils nächstgelegenen Anstalt, sie bedeuten aber dennoch eine wesentliche Verlagerung der Aktivitäten in die Nähe der Gesunden und damit einen Schritt heraus aus der Absonderung. Der Krankenhausplan sieht ferner als Hauptpunkte vor: die Einrichtung einer großen Zahl psychiatrischer Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, speziell zur Behandlung akut Kranker, sowie die Bereitstellung von Heimen für entlassungsfähige Patienten, die möglichst in jeder größeren Gemeinde errichtet werden sollen. Der Plan geht von der Erfahrung aus, dass viele psychisch Kranke auch ohne Einweisung in eine Anstalt behandelt werden können. In allen Fällen aber ist erwiesen, dass die isolierte Lage der Anstalten sich ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkt, so sehr dem auch entgegengearbeitet wird.

Diese knappen Anmerkungen zur Struktur der heutigen englischen Anstalt mögen genügen, um darauf hinzuweisen, welche kräftigen Modifizierungen und »Amputationen« am überkommenen psychiatrischen System auf der britischen Insel vorgenommen werden. Dabei übersieht man dort, trotz allen Reform-Elans, eines nicht: Die Anstalt wird auch in Zukunft noch lange Zeit eine unentbehrliche Behandlungsstätte sein. Und damit bleibt ein Beispiel wie Netherne für die deutsche Anstaltspsychiatrie ein Vorbild und ein Vorwurf.

Gelähmte Gesundheitspolitik

Dass die psychiatrischen Anstalten in der Bundesrepublik den Namen Krankenhaus noch immer nicht verdienen, kann nur zu einem gewissen Teil auf die zwölf Jahre nazistischer Herrschaft zurückgeführt werden, die nicht nur eine systematische Diskriminierung der psychisch Kranken bis hin zu der Barbarei der Euthanasieaktion mit sich brachte, sondern auch die Schließung wichtiger psychotherapeutischer Ausbildungsstätten und die Emigration vieler führender Psychiater erzwang. Das waren Verluste, die man nie ganz auszugleichen vermochte. Heute, über zwanzig Jahre danach, jedoch noch immer ausschließlich mit diesem historischen Tatbestand zu argumentieren, um den Rückstand der deutschen Psychiatrie zu rechtfertigen - das bedeutet nichts anderes als eine Verschleierung der wahren Sachverhalte. Denn die eigentliche Ursache - das kann gar nicht deutlich genug ausgesprochen werden - liegt in der Fortsetzung der aktiven Diskriminierung von einst. Mit dem einzigen Unterschied, da an die Stelle ihrer offenen Ausübung eine unauffällige, verdeckte Deklassierung getreten ist, indem die Gesellschaft eine wehrlose Menschengruppe, die sie in den Anstalten absondert und damit aus ihrem Bewusstsein verdrängt, mit einem „Ersatzleben“ abpeist, von dem jeder nur hoffen kann, dass er es nicht selbst eines Tages zu führen gezwungen ist. Die Zeit zu grundlegenden Reformen unserer psychiatrischen Institutionen ist überreif; sie ist es allerdings seit Jahren, ohne dass etwas geschehen wäre. Kein Gedanke, dass es auch hier höchste Zeit wäre für ein ähnlich rückhaltloses Bekenntnis - das aber auch Konsequenzen zeitigen sollte - wie es John F. Kennedy für die Vereinigten Staaten 1963 ablegte: „Wir können es uns nicht erlauben, noch länger eine Änderung unseres Vorgehens gegenüber den Geisteskrankheiten hinauszuschieben. Allzu lange ist die schäbige Behandlung der Millionen von Geisteskranken innerhalb der Pflegeanstalten und außerdem noch weiterer Millionen Hilfsbedürftiger in den Gemeinden mit mangelnden Geldmitteln, weiteren Untersuchungen und späteren Versprechungen entschuldigt worden. Wir können nicht länger zögern.“ Mit diesen Worten trat der amerikanische Präsident vor den Kongress und initiierte ein nationales Programm für die geistige Gesundheit, das den Beobachter der deutschen Szene nur mit ungläubigem Staunen erfüllen kann. Dies um so mehr, wenn er die derzeitige Kompetenzverteilung auf dem Gesundheitssektor kennt, die geradezu die Garantie dafür zu bieten scheint, dass die psychiatrischen Anstalten auch weiterhin als notwendiges Übel in Kauf genommen werden.

Gesundheitspolitik der Bundesrepublik ist bisher strikt Same der einzelnen Bundesländer, die eifersüchtig darüber wachen, dass ihnen dieses Stück Föderalismus

nicht genommen wird -obwohl die dringenden Aufgaben der Psychiatrie in dieser Organisationsform nicht gelöst werden können. Denn die Praxis sieht so aus: Manche Anstaltsleiter müssen sich von ihrer Landesbehörde Maßnahmen zudiktieren lassen, die ein juristisch ausgebildeter Beamter verfügt hat, da die Trägerorganisation (Landschaftsverband, Innenministerium oder Bezirksregierung) über keinen psychiatrischen Fachreferenten verfügt. Für eine großzügige Planung und den Aufbau moderner Einrichtungen fehlt den Ländern das Geld. Alles, was sich den Verantwortlichen abringen lässt, sind Renovierungen und äußerst zaghafte Erhöhungen der Personalplanstellen. Und wenn schließlich doch einmal eine komplette Institution für psychisch Kranke hingestellt werden soll (Hirsau), dann wird daraus eine Großanstalt, über deren geplante Struktur ausländische Psychiater nur milde lächeln, weil sie nicht verstehen können, wie man so unbelehrbar an allen modernen Erkenntnissen vorbeiplanen und -bauen kann. Vielleicht wissen sie nicht, dass es hierzulande nie eine anerkannte Expertenkommission gegeben hat, deren Aufgabe es gewesen wäre, Pläne für eine umfassende Reform der psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik zu erarbeiten. Das Beispiel der USA, Dänemarks und Englands hat längst bewiesen, dass nur ein organisatorisch und finanziell einheitliches Vorgehen uns einen entscheidenden Schritt nach vorne bringen könnte. Dennoch muss sich das Bonner Bundesgesundheitsministerium immer noch damit zufriedengeben, zwei zarte Pflänzchen zu hegen: das Projekt eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung sowie eine Expertise, die Umfang und Zustand der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik feststellen soll. Alles andere ist der Bonner Zentrale entzogen; schon zweckgebundene Subventionen an die Länder würden jene als Eingriff in ihre Kompetenzen betrachten. Dies sind jedoch nicht allein Ergebnisse kurzsichtiger oder rückständiger Planung und Verwaltung: Das ungelöste Problem der psychisch Kranken in der Bundesrepublik ist ein Modellfall innerhalb unserer Gesellschaft, in der einzig und allein die Wettbewerbsnorm gilt -eine Norm, deren brutaler Egoismus all jene aus ihrer Gemeinschaft verstößt, die ihr nichts oder zuwenig »nützen«. Und was nützen unserer Gesellschaft schon die Hunderttausende, die an einer psychischen Erkrankung leiden?

Quelle: Fischer, Frank. 1969. Irrenhäuser. Kranke klagen an. München: Verlag Kurt Desch, S. 184-192.

8.5 BRD – Heinz Häfner: Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik (1965)

Heinz Häfner (geb. 1926) ist ein deutscher Psychiater, der sich schon sehr früh um eine Reform der psychiatrischen Versorgung im Nachkriegs-Deutschland bemüht hat. 1965 machte er in dieser Denkschrift auf die katastrophale Situation der Psychiatrie in Deutschland aufmerksam. Von 1975 an arbeitete er an maßgeblicher Stelle in der Enquête-Kommission des Bundestages über die Lage der Psychiatrie mit.

Auf Heinz Häfner geht die Gründung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, zurück, dessen Direktor er von 1975 bis 1994 war. Häfner wollte mit diesem Institut modellhaft zeigen, wie eine gemeindenahе Versorgung psychisch kranker Menschen aussehen kann. Die enge Verknüpfung zwischen Krankenversorgung und Forschung und die Tatsache, dass die Klinikdirektoren des Zentralinstituts zugleich Lehrstuhlinhaber ihres Fachs an einer Universität (Heidelberg) sind, hat mit 100 Jahren Verspätung Griesingers Vision von einer Reform der Psychiatrie in Deutschland zum ersten Mal punktuell Wirklichkeit werden lassen.

Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung der Bundesrepublik

*Ober die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen
(psychiatrischer Gemeindezentren)*

*verfasst von
H. HÄFNER
unter Mitarbeit von
W. v. Baeyer und K. P. Kisker*

Die derzeitige psychiatrische Krankenversorgung In der Bundesrepublik - ein nationaler Notstand

Die Erkrankung an einem seelischen Leiden Ist kein außergewöhnliches Schicksal, das nur wenige ereilt, sondern die häufigste Erkrankungsform In unserer Gesellschaft. Seelische Erkrankungen sind nicht Makel, wenn sie auch' In einer unglücklichen Vergangenheit unserer Nation aufs äußerste diskriminiert waren, sondern Leiden, die unserer tätigen Hilfe mindestens ebenso bedürfen wie körperliche Krankheiten und Mängel. Seelische Leiden sind schließlich zum größten Tell nicht unheilbar und nur der Asylierung bedürftig, sondern unter der Anwendung moderner Behandlungsverfahren in geeigneten Einrichtungen zu einem relativ hohen Anteil der Heilung oder Besserung zugänglich.

Diese Möglichkeiten sind in Deutschland zu einem großen Teil unausgeschöpft.

Es besteht vor allem ein katastrophaler Mangel an modernen Behandlungseinrichtungen, insbesondere an sozialpsychiatrischen Zentren, die mittlerweile zu Schwerpunkten der psychiatrischen Behandlung in den meisten Kulturländern geworden sind. Er zwingt zu der Feststellung, dass hierzulande zwar dem körperlich Kranken alle von der medizinischen Wissenschaft erarbeiteten Behandlungsmöglichkeiten angeboten werden, dem seelisch Kranken aber weithin eine Therapie nach modernen Grundsätzen versagt bleibt (1).

Einige statistische Daten:

Allgemeine Häufigkeit seelischer Erkrankungen

Nach verschiedenen statistischen Erhebungen ist der Anteil rein seelischer Störungen, die einer ärztlichen Versorgung bedürfen, mit ca. 10-12% der Gesamtbevölkerung in den Kulturstaaten zu beziffern. Die Untersuchungen von Juel-Nielsen und Strömngren (2, 3), 1957-1962 an einer dänischen Inselbevölkerung von ca. 6000 Einwohnern durchgeführt, haben in guter Übereinstimmung mit den Ergebnissen anderer Untersucher aus London (Shepherd c. s., 4, 5). England, Wales und Schottland (Watts c. s., 6). Baltimore (Pasamanick c. s., 7). Manhattan (Srole c.s 8) u. a. (9) folgendes gezeigt:

Etwa 1 % der Bevölkerung (nach den Ergebnissen anderer Untersucher zwischen 0,7 % bis 3 %) leiden an Schizophrenie. Weitere 0,2 % bis 0,5 % an anderen funktionellen Psychosen (Cyklothymie, Wochenbettpsychosen, Klimakterische und Rückbildungspsychosen usw.). Die übrigen 9 bis 10 % psychischer Leiden in der Durchschnittsbevölkerung verteilen sich vor allem auf die sogenannten „kleineren psychischen Erkrankungen“, wie schwerere Psychoneurosen, Charakterstörungen, psychosomatische Erkrankungen, Suchten usw.. Von der Frage der Behandlungsbedürftigkeit her gesehen, ergab sich, dass etwa 10 % aller psychisch Gestörten einer psychiatrischen Hospitalisierung bedürfen, ca. 50 % benötigen eine wie auch immer geartete ambulante psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung, und bei den restlichen rund 40 % kann durch eine hausärztliche Behandlung – eine geeignete Vorbildung des praktischen Arztes vorausgesetzt – die Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden.

Zweifelloos ist die Anzahl schwerer seelischer Erkrankungen – nach Ihrer Hospitalisierungsbedürftigkeit definiert – seit mehreren Jahrzehnten über die Proportion zum Bevölkerungszuwachs hinaus im Ansteigen begriffen. Die Hospitalisierungsquote in den staatlichen Heilanstalten der USA (Mental State- and County Hospitals) ist beispielsweise von ca. 2000 je Million der Bevölkerung in 1905 auf ca. 3800 je Million in 1950 angestiegen (10).

In den ärztlichen Allgemeinpraxen wird nach verschiedenen Umfragen der Anteil der Patienten mit primär seelischen Erkrankungen (Psychosen, Psychoneurosen usw.) oder körperlichen Symptomen seelischen Ursprungs (Psychosomatische Leiden) auf 10 % bis 50 % geschätzt. In den Internistischen Fachpraxen eher noch höher (4, 6, 11).

Diesem gewaltigen Bedarf stehen in den verschiedenen Kulturländern sehr unterschiedliche psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungskapazitäten gegenüber.

Die psychiatrischen Hospitäler in der Bundesrepublik

Die Notlage in der Ärztlichen Versorgung der neurotischen und psychosomatischen Erkrankungen, die einer ambulanten Psychotherapie in Gestalt einer der verschiedenen einzel- oder gruppentherapeutischen Verfahren zugänglich wären, ist an anderer Stelle dargestellt worden (11). Sie hängt mit der Zerstörung aller psychotherapeutischen Ausbildungsmöglichkeiten in Deutschland von 1933 bis 1945 und der sehr verzögerten Regeneration dieser Einrichtungen nach Kriegsende zusammen. Die folgenden Ausführungen beschränken sich auf die Versorgung derjenigen - meist erheblicheren - seelischen Störungen, die zur Abwendung von Berufs oder Erwerbsunfähigkeit oder zu Ihrer Wiederherstellung einer Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen (Anstalten und Kliniken, Teilhospitalisierungseinrichtungen, Vorsorge-, Nachsorge-, Rehabilitationseinrichtungen und Ambulanzen) bedürfen.

Den rund 500 000 bis 600 000 Menschen in der Bundesrepublik, die nach den erwähnten Vergleichsziffern, an schwereren psychischen Erkrankungen leiden, steht eine Behandlungskapazität von rund 92 000 psychiatrischen Betten in Landeskrankenhäusern gegenüber. Nur ein verschwindend kleiner Teil, nämlich 1500 bis 2000 psychiatrische Betten - die Anzahl ist nicht exakt bestimmbar, weil ein wechselnd großer Anteil mit neurologisch Kranken belegt ist - stehen in Universitätskliniken bereit. Ebenso unbedeutend ist der Anteil psychiatrischer Betten in Allgemeinkrankenhäusern. (In Nordrhein- Westfalen, das hier an der Spitze der deutschen Länder steht, waren es im Jahre 1959 nur 980 gegenüber 31 500 in Landeskrankenhäusern.) (12, 13)

Diese Kapazität ist für die psychiatrische Krankenversorgung quantitativ und qualitativ unzulänglich.

Der quantitative Mangel

Geht man von der Gesamtzahl der psychiatrischen Betten aus, so steht die Bundesrepublik ziemlich am Ende in der Reihe der Kulturstaaten. So verfügen beispielsweise auf je 100 000 Einwohner

die USA	über rund 450
Schweden	über rund 420
England und Wales	über rund 350
die Schweiz	über rund 350
Frankreich	über rund 183
die Bundesrepublik	über rund 176

psychiatrische Krankenhausbetten (12). Zahlreiche psychisch Kranke müssen deshalb in der Bundesrepublik einer fachklinischen Behandlung entbehren. Wenn auch statistische Unterlagen in der Bundesrepublik darüber vorerst nicht vorliegen, so lehrt doch die tägliche Erfahrung des psychiatrischen Krankenhausarztes, dass eine Vielzahl von Kranken jahrelang ohne Behandlung oder mit unzulänglicher allgemeinärztlicher Versorgung in den Familien gehalten wird, bis das Leiden chronifiziert und die Berufs- oder Erwerbsfähigkeit nicht mehr wiederhergestellt werden kann.

Es ist also dringend erforderlich, die Kapazität der psychiatrischen Krankenversorgung, und zwar in allen Ihren Bereichen vom psychiatrischen Hospital bis zum praktizierenden Nervenarzt, erheblich zu erweitern.

Der notwendige Strukturwandel

Es fehlt jedoch nicht nur an neuen psychiatrischen Krankenbetten, sondern die derzeit vorhandenen Kapazitäten sind ihrer Struktur nach weitgehend veraltet. Die psychiatrischen Landeskrankenhäuser sind durchwegs zu groß (die meisten über 1000 Betten, einige über 3000 Betten). Die meisten sind zu abgelegen von den Wohnung Arbeitsgebieten Ihrer Kranken und nach Ihrer Inneren Organisation vorwiegend auf Bewahrung und nicht auf eine intensive Rehabilitation eingestellt, wenn auch mancherorts große Anstrengungen zu einer Modernisierung und Intensivierung der Therapie unternommen werden. Es fehlt jedoch an verschiedenen notwendigen Voraussetzungen, nicht zuletzt an Mitteln und an ausgebildetem Personal.

Welche Haltung die Gesellschaft den seelisch Kranken gegenüber einnahm und weiterhin auch noch heute einnimmt, spiegelt sich in Ihrem finanziellen Aufwand für diesen Personenkreis wider. So sind beispielsweise die Rohkostensätze je Verpflegungs- tag der psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Hessen (12):

von 0.69 RM im Jahre 1932 gesenkt worden
auf 0.56 RM im Jahre 1933,
0.65 RM im Jahre 1934,
0,54 RM im Jahre 1935,

Freilich sind dies Zahlen aus dem Beginn einer Epoche, in der zahlreiche seelisch Kranke als „lebensunwertes Leben“ beseitigt worden waren, denen heute in modernen

Behandlungseinrichtungen Möglichkeiten einer effektiven Therapie und Rehabilitation angeboten werden könnten. Dennoch ist eine echte Rehabilitation der seelisch Kranken in Ihrer Gesamtheit, eine Wiedergutmachung des Ihnen zugefügten Unrechts, auch bis heute noch nicht erfolgt.

Die täglichen Aufwendungen für psychisch Kranke in den Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik bewegten sich auch in den letzten Jahren noch zwischen DM 5.- bis DM 15.- je Tag (14) während sich die Aufwendungen für stationäre Patienten in Allgemein- und Fachkrankenhäusern anderer medizinischer Disziplinen zwischen DM 30.- und DM 100.-, teilweise noch darüber, bewegen. Der Einwand, dass die psychiatrische Therapie tatsächlich geringere Kosten erfordert, ist falsch, denn ein großer Teil der bisher in den Landeskrankenhäusern internierten seelisch Kranken wäre wahrscheinlich durch eine personal- und mittelitensivere Therapie noch rehabilitationsfähig.

Einige Zahlen aus vergleichbaren Verhältnissen der USA mögen dies belegen:

1962 wurden In den Stete- and County-Mental-Hospitals täglich \$ 5.81 je Patient aufgewendet, für psychisch Kranke in den Allgemeinkrankenhäusern jedoch \$ 37.- (15, 16). (Die Vergleichszahlen aus Canada lauten: Can. \$ 7.- in State-Mental-Hospitals und Can. \$ 20.- in psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern (17). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer für Schizophrene – der weitaus häufigsten seelischen Erkrankung, die in den USA rund 40 % aller Krankenhausbetten belegt - betrug in der ersten, der „billigen“ Kategorie ca. 11 Jahre. In einem Kollektiv modern organisierter psychiatrischer Abteilungen der zweiten Kategorie waren 9 Monate nach der Aufnahme bereits 70 % der Patienten als geheilt oder sozial gebessert entlassen worden. Dieser signifikante Unterschied ist nicht durch eine verschiedenartige Zusammensetzung des Krankenguts oder durch eine unterschiedliche Schwere der Erkrankung zu erklären. Zudem ergab die quasi experimentelle Umstrukturierung der Organisation und Therapie in einem State Mental Hospital, dass mehr als 50 % der Internierten Schizophrenen entlassen werden konnten (18).

Der Personal- und Ausbildungsmangel

Das ärztliche Personal

In den Landeskrankenhäusern der BRD stehen zu wenig Arztstellen zur Verfügung, um eine moderne Therapie betreiben zu können. So sieht beispielsweise der „Ärzteschlüssel“ im Landschaftsverband Rheinland vor:

1 Arztstelle auf 150 Betten (Soll) bzw.

1 Arztstelle auf 250 Aufnahmen je Jahr.

Zusätzlich für Jedes Landeskrankenhaus:

1 Arzt für Außenfürsorge,

1 Arzt für med.-techn. Einrichtungen (Röntgen, EEG, Labor und dergleichen (12).

Tatsächlich sind die Arztstellen an vielen Landeskrankenhäusern nicht voll besetzt; zudem müssen in wachsendem Umfang wenig geeignete Bewerber beschäftigt werden, weil Rückständigkeit der organisatorischen und therapeutischen Möglichkeiten die Anziehungskraft der Anstalten auf qualifizierte Mitarbeiter vermindert. Die Nebenbeschäftigung durch Verwaltungsarbeit u. dgl. ist erheblich, zumal im geschlossenen System ein erheblicher Teil der Kranken gerichtlich eingewiesen wird. Belknap (19) hat beispielsweise den Anteil der ärztlichen Tätigkeit an der Gesamtarbeitszeit eines Anstaltsdirektors mit ca. 10 % ermittelt. Der faktische Ärzteschlüssel in den Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik unter Einrechnung der notwendigen Nebenaufgaben, Urlaube und der nicht besetzten Stellen, schwankt zwischen 100 bis 300 Patienten je Arzt, was eine moderne Soziotherapie und Rehabilitation nahezu unmöglich macht. Dabei ist die Erkenntnis, dass die therapeutischen Aufgaben der Psychiatrie mehr ärztliche Kapazität erfordern als in den meisten anderen medizinischen Disziplinen, längst bekannt. Der Wissenschaftsrat empfiehlt beispielsweise für die Reorganisation der psychiatrischen Hospitäler hat in anderen Ländern zu einer erheblichen Verminderung des Anteils behördlicher Einweisungen geführt: 1949 waren in den USA nur 10% der Aufnahmen in den Anstalten freiwillig. 1952 in England und Wales 70%. 1957 in England und Wales bereits 90 % (20) die psychiatrischen Universitätskliniken eine Arzt-Patientenrelation von 1: 10, während für die übrigen Kliniken 1: 15 vorgeschlagen wird (21). Die Weltgesundheitsorganisation rät für psychiatrische Krankenhäuser ohne Forschungsaufgaben mindestens einen Arzt auf 30 Kranke oder auf 100 Aufnahmen pro Jahr (21).

Mindestens ebenso ernst wie der quantitative Mangel ist die den modernen Erfordernissen nicht mehr gerecht werdende ärztlichpsychiatrische Ausbildung. „Die Fortschritte der Psychiatrie während der letzten Jahre lassen es angebracht erscheinen, die Ausbildung der Psychiater selbst zu reorganisieren“, schreibt bereits 1959 ein Expertenkomitee der WHO (20). Diese Reorganisation erfordert vor allem die Einbeziehung

a) psychodynamischer und psychotherapeutischer,

b) sozialwissenschaftlicher und soziotherapeutischer Kenntnisse in die psychiatrische Fachausbildung.

In den meisten Kulturländern (USA, Kanada, Großbritannien etc.) ist die Anpassung der Ausbildung weitgehend vollzogen. In der Bundesrepublik ist die psychodynamisch-psychotherapeutische Unterweisung der künftigen Fachärzte für Psychiatrie aus den schon eingangs erwähnten Gründen an den meisten Universitäten unzureichend oder noch nicht möglich. Die sozialpsychologische und sozialpsychiatrische

Ausbildung ist praktisch noch nicht durchführbar, weil (außer den sozial psychiatrischen oder Rehabilitationsabteilungen in Heidelberg, Frankfurt und Berlin und einigen anderen Teilinstitutionen, deren Ausbildungskapazität entweder noch nicht vorhanden oder noch sehr bescheiden ist) keinerlei sozialpsychiatrische Einrichtungen vorhanden sind, die als Voraussetzung dafür zur Verfügung stünden.

Das nichtärztliche Personal

Katastrophal ist die Situation beim nichtärztlichen Personal. In den westlichen Kulturländern wird die therapeutische Leistung in den psychiatrischen Institutionen in einer klaren Aufteilung der Funktionen von Psychiatern, klinischen Psychologen, psychiatrischen Sozialarbeitern und psychiatrischen Schwestern (mit Grundausbildung auf höherem Niveau und psychiatrischer Spezialausbildung) getragen. Das ist Insofern bedeutsam, als in den modernen Behandlungsformen das Pflegepersonal eine „Soziotherapeutische Schlüsselstellung“ gewinnt (23, 19) und die Einbeziehung der sozialen Realität (Familie, Arbeitsplatz etc.) in Therapie und Rehabilitation von außerordentlicher Bedeutung für den Erfolg ist.

Der klinische Psychologe

Es gibt in der Bundesrepublik derzeit ca. 30 klinische Psychologen, die jedoch vorwiegend diagnostisch tätig sind. Eine therapeutische Aktivität des klinischen Psychologen auch in kontrollierten Gruppen- und Einzelbehandlungen, Betreuungen und Beratungen wird von vielen Psychiatern noch mit Skepsis betrachtet. Dennoch kann eine moderne Sozialpsychiatrie auf die Teamarbeit mit dem klinischen Psychologen nicht mehr verzichten, zumal sie ihm festumrissene therapeutische Rollen anzubieten hat.

Psychiatrische Sozialarbeiter

Nach dem Bericht von Panse (12) waren 1957 nur 22, 1963 etwa 40 Fürsorgerinnen in der gesamten deutschen Psychiatrie beschäftigt.²⁰ Eine psychiatrische oder gar sozialpsychiatrische Fachausbildung für Ihre besonderen Aufgaben erhalten sie nicht. Lediglich in Heidelberg existiert an der Abteilung für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation der Psychiatrisch-Neurologischen Universitäts-Klinik seit 1963 eine zweijährige sozialpsychiatrische „postgraduierte“ Fachausbildung für besonders qualifizierte Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter.

²⁰ Die American Psychiatric Association verlangt für je 80 psychiatrische Neuaufnahmen im Jahr eine Stelle für einen psychiatrischen Sozialarbeiter (12). Bei Schätzungsweise 150 000 psychiatrischen Krankenhausaufnahmen pro Jahr in der Bundesrepublik waren also nahezu 2000 Sozialarbeiter erforderlich.

Das Pflegepersonal

Das Pflegepersonal der meisten psychiatrischen Landeskrankenhäuser und Fachkliniken ist im Durchschnitt unzureichend ausgebildet. Der Mangel an Nachwuchs ist noch drängender als in den meisten anderen medizinischen Disziplinen. Im Gegensatz dazu verfügt die sozialpsychiatrische Ausbildungsinstitution an der sozialpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg über eine wesentlich größere Anzahl qualifizierter Bewerberinnen und Bewerber, als derzeit Ausbildungsplätze zur Verfügung stehen. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass durch eine solche sinnvolle Ausbildung für die tatsächlich zu leistenden therapeutischen Funktionen in der Sozialpsychiatrie und durch die zu erwartenden Behandlungserfolge ein erheblicher Anreiz für diese Berufe geschaffen würde.

Vergleichszahlen aus anderen Ländern

Im Vergleich zu den Verhältnissen der Bundesrepublik sollen einige Zahlen aus anderen Ländern referiert werden:

1962 waren in 1656 sozialpsychiatrischen Einrichtungen der USA, die sich mit ambulanten oder entlassenen Kranken beschäftigen, tätig:

7828 Psychiater (full-time oder part-time)

3424 klinische Psychologen (full-time oder part-time)

4403 psychiatrische Sozialarbeiter (full-time oder part-time)

Von diesen Institutionen wurden während des Jahre 1962: 506 103 Kranke betreut (15). (Auf rund 500 000 stationär behandelte Kranke in den staatlichen Hospitälern kommen 4045 Psychiater). Die Gesamtzahl der in ambulanten psychiatrischen Einrichtungen der USA behandelten Kranken betrug 1962 bereits 741 000 gegen 379000 im Jahr 1955 (24). Der außerordentliche Unterschied gegenüber den deutschen Verhältnissen erspart jeden Kommentar.

Die Gesamtzahl des ausgebildeten psychiatrischen und therapeutischen Personals in den USA wurden von Präsident Kennedy für 1962 mit 45 000 beziffert. (In der Bundesrepublik liegt die Zahl der Fachärzte für Psychiatrie, der in der Psychiatrie tätigen Psychologen und Sozialarbeiter insgesamt nur etwas über 1000). Kennedy hat bis 1970 eine Vermehrung des ausgebildeten Personals auf 85 000 gefordert, um seinen großzügigen Plan einer Modernisierung der psychiatrischen Krankenversorgung und einer Rehabilitation psychisch Kranker in den USA realisieren zu können. Er schlug außerdem vor, zur Unterstützung dieses Plans jährlich 17 Millionen Dollar durch die Bundesregierung beizusteuern, was inzwischen vom Kongreß genehmigt worden ist (18).

Ähnliche Pläne existieren in Großbritannien und Wales, in Dänemark und Kanada. In Kanada ist es beispielsweise gelungen, die Zahl der Psychiater von 1 : 58 000 Ein-

wohner in 1951 auf 1 : 30 000 in 1960 praktisch zu verdoppeln. Eine zweite Verdopplung auf 1 : 15 000 ist bis 1970 vorgesehen (17).

Die Umstrukturierung und Modernisierung der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik hat demnach eine großzügige Förderung der Ausbildung von Fachärzten für Psychiatrie und nichtärztlichem Fachpersonal zur Voraussetzung²¹. Vorsorge-, Übergangs- und Rehabilitationseinrichtungen, deren Ausbau technisch und finanziell an vielen Landeskrankenhäusern möglich und beispielsweise im Rheinland und in Baden-Württemberg bereits in Angriff genommen worden ist, sind andernfalls zu therapeutischer Ineffektivität verurteilt. Die Ausbildung selbst hat aber wiederum differenzierte, voll funktionsfähige und erfolgreich arbeitende sozialpsychiatrische Einrichtungen zur Voraussetzung, etwa das in Heidelberg geplante Modellinstitut.

Schwerpunkte der Umstrukturierung der psychiatrischen Kranken-Versorgung

Die psychiatrischen Krankenhäuser modernen Stils sollen kleiner werden: Nach den Vorstellungen des Expertenkomitees der WHO sind 600 Betten die Maximalgröße; nach den an deutsche Verhältnisse adaptierten Vorschlägen von Müller und Scheurle (26), Kisker (27) u. a. liegt die optimale Kapazität zwischen 250 und 400 bis höchstens 600 Betten - nach dänischem Muster bei 350 (3). Wahrscheinlich wird man in nicht zu ferner Zukunft, wenn die custodialen Traditionen der ehemaligen Bewahr- und Pflegeanstalten ganz überwunden sind, psychiatrische Hospitäler und Abteilungen nicht größer bauen als die Krankenhäuser anderer medizinischer Fachgebiete, damit sie ärztlich überschaubar bleiben. In jedem Fall empfiehlt sich schon heute der räumliche und funktionelle Zusammenschluss mit einem allgemeinen Krankenhaus unter Mitbenutzung der klinisch-diagnostischen, therapeutischen und Laboreinrichtungen: Das psychiatrische Krankenhaus soll „gemeindenah“ in größeren Wohn- oder Industriegebieten liegen. Die Innere Organisation soll dem "open door"-System folgen und den Freiheitsentzug auf ein Minimum, das weit unter dem in der Bundesrepublik noch üblichen Anteil geschlossener Abteilungen liegt, zurückführen. Die therapeutischen Einrichtungen müssen personalintensiv sein, auf Bettbehandlung weitgehend verzichten und eine aktivierende Soziotherapie verfolgen. Nach den vor-

²¹ In der Bundesrepublik kommen im allgemeinen Krankenhaus nach einer Berechnung von Panse (12) auf 100 Patienten durchschnittlich 100 Bedienstete. In der psychiatrischen Universitätsklinik Düsseldorf, die zugleich Landeskrankenhaus ist, sind nur 26 Bedienstete auf 100 Patienten vorhanden. Die übrigen Landeskrankenhäuser, die nicht mit Universitätskliniken verbunden sind haben eine noch niedrigere Personal : Patientenrelation. In den USA kamen 1959 im Durchschnitt noch 380 Patienten auf 100 Mitarbeiter in psychiatrischen Anstalten. Inzwischen (1963) sind es 280 Patienten je 100 Mitarbeiter (24).

liegenden Schätzungen und Erfahrungen genügen beim Ausbau ausreichender Vorsorge-, Ambulanz-, Teilhospitalisierungs-, Rehabilitations- und Nachsorgeeinrichtungen etwa 200 psychiatrische Vollhospitalisierungsbetten für 100 000 Einwohner. Durch Neubauten und Umorganisation, etwa in Gestalt einer Verkleinerung der bestehenden psychiatrischen Landeskrankenhäuser, könnte für eine Übergangszeit dem Bedürfnis nach Modernisierung der psychiatrischen Vollhospitalisierungseinrichtungen am ehesten abgeholfen werden.

Der Nachholbedarf ist andererseits am größten bei den ambulanten und Teilhospitalisierungseinrichtungen, die beispielsweise in den USA bereits die Hälfte aller psychisch Kranken, also nochmals ca. 200 je 100 000 Einwohner versorgen.

Langfristige staatliche Pläne zur psychiatrischen Kranken-Versorgung im Ausland

In seiner denkwürdigen Botschaft vom 5. Februar 1963 an den Kongreß der USA (18) schlug Präsident Kennedy den Aufbau von „Comprehensive Community Mental Health Centers“ in den größeren Wohngebieten der USA vor. Er veranlaßte den Kongreß zur Unterstützung dieses Programms - die Bundesstaaten haben 33 1/3 % bis 66 2/3 % der Kosten selbst zu übernehmen - zusätzlich \$ 150 Millionen für diesen Zweck in den nächsten 3 Jahren zu genehmigen. Die laufenden Bundesausgaben für das Community Mental Health-Programm betrugen in den USA 1963 \$ 91 Millionen (28). Seit dem Aufbau der Community Mental Health-Centers 1955 durch den Kongreß der USA unter Leitung des damit beauftragten Expertenkomitees begonnen wurde, ist die Gesamtbelegungsziffer der staatlichen Heilanstalten um ca. 10 % zurückgegangen (24). Obwohl der Bevölkerungszuwachs erheblich und die Zunahme psychischer Störungen relativ noch erheblicher ist, konnte allein im Jahr 1963 die Zahl der in staatlichen Anstalten hospitalisierten Kranken um 2,1 % gesenkt werden. Als Beispiel einer vollständig auf sozialpsychiatrische Behandlungsprinzipien umgestellten Institution berichtete das „Massachusetts Mental Health Center“ (Boston), ein ehemaliges Mental State Hospital, daß die Relation zwischen stationär und ambulant behandelten Kranken

1940: 700 Ambulante auf 3171 Stationäre,
1961: 3700 Ambulante auf 700 Stationäre

betrug (24).

Die Rehabilitation von über 50 % der 1962 noch in den staatlichen Anstalten internierten Kranken, die als Schätzung dem nationalen Programm der USA zugrunde gelegt worden ist, dürfte bei konsequentem Ausbau der psychiatrischen Gemeindezentren, von denen es inzwischen mehr als 600 gibt, keine Utopie mehr sein.

In Großbritannien, In den Niederlanden, Kanada und Dänemark haben ebenfalls die Regierungen großzügig Mittel für nationale Reorganisations- und Ausbildungspläne in der psychiatrischen Krankenversorgung zur Verfügung gestellt. So sollen, nach einem Plan des englischen Gesundheitsministeriums, die psychiatrischen Anstaltsbetten des Landes von 152000 In 1960 auf 92000 In 1975 reduziert und durch einen weiteren großzügigen Ausbau sozialpsychiatrischer Einrichtungen In den Wohnzentren und an allgemeinen Krankenhäusern abgelöst werden. Dänemark konnte von 1957 bis gen 1962 durch eine vorbildliche Verwirklichung der Regierungspläne die Anzahl anstaltsinterner Schizophrener bezogen auf die Bevölkerungszahl bereits um 18 % senken und Strömgren rechnet nach seiner Erhebungen. daß ca. 80 % der In den durchschnittlichen psychiatrischen Staatsanstalten Dänemarks noch untergebrachten Kranken einer aktivierenden Therapie bedürfen und zum größten Tell - auf unterschiedlichem Leistungsniveau - noch rehabilitationsfähig sind (29).

Die Kosten

Zweifellos verursacht eine solche großzügige Angleichung der psychiatrischen Krankenversorgung an den hohen Stand der Therapie in den medizinischen Fächern hohe Kosten. Dennoch gibt es nicht nur humanitäre, sondern auch volkswirtschaftliche Gründe, die dafür ins Feld zu führen sind. Die direkten Aufwendungen des Steuerzahlers sind bei der großen Zahl seelisch Kranker mit der Im bisherigen Versorgungssystem hohen Chronifizierungs- und Hospitalisierungsrate erheblich. (In den USA beispielsweise etwa \$ 2,4 Milliarden jährlich (18). Die Indirekten Kosten durch die außerordentlich hohe Frühinvaliditätsziffer der psychisch Kranken, den Produktivitätsausfall - In der Bundesrepublik kommen dazu noch die Kosten der Sozialversicherungsträger für nicht kompetente und meist auch nicht wirksame Behandlungen - sind nicht abschätzbar. Sie betragen sicher ein Vielfaches der direkten Kosten, sodaß die psychisch Kranken derzeit wahrscheinlich in allen Kulturstaaten die größte fiskalische Belastung unter den Gesamtaufwendungen für Krankheit und Krankheitsfolgen ausmachen. Aus Kanada mit seiner niedrigen Bevölkerungszahl liegt uns eine Schätzung der indirekten Kosten durch psychische Erkrankungen vor: Sie sollen 1960 Can. \$ 620 Millionen gegenüber Can. \$ 240 Millionen für direkte Aufwendungen betragen haben (17).

Der Aufbau psychiatrischer Gemeindezentren

Ziel des Aufbaus psychiatrischer Gemeindezentren Ist - fiskalisch gesehen - eine erhebliche Verminderung der Indirekten Kosten, durch Vorsorge, bessere Heilungsquoten und Rehabilitation eines wesentlichen Teils der bisher In Ihrer Berufs- oder Erwerbsfähigkeit erheblich geminderten Kranken. Es wird dagegen In den kommenden Jahren kaum möglich sein, die direkten Kosten zu senken, weil ein gewaltiger Bedarf an neuen sozialpsychiatrischen Einrichtungen In der Bundesrepublik besteht. In Einzelfällen allerdings kann sogar eine direkte Kostensenkung erreicht werden: So berichtet Felix (28) beispielsweise, daß ein bestimmtes Rehabilitationsprogramm in einer

psychiatrischen Anstalt der USA in einem Jahr 53 000 Dollar kostete, Im gleichen Jahr 449 000 Dollar Hospitalisierungskosten ersparte und den rehabilitierten, ehemals chronisch Kranken 256000 Dollar Einkünfte brachte. Auf diesen Ausnahmefall wird man jedoch keine voreiligen Verallgemeinerungen gründen dürfen.

Die Organisation des psychiatrischen Gemeindezentrums

1. Die stationäre Abteilung

Sie soll eine Vollhospitalisierung mit allen modernen psychiatrischen Therapiemethoden unter einer aktivierenden soziotherapeutischen Organisation der ärztlichen und pflegerischen Versorgung gewähren.

Die günstigsten Voraussetzungen für den Aufbau bestehen in größeren Wohngebieten, die bereits über eine psychiatrische Klinik, ein psychiatrisches Landeskrankenhaus oder eine psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus verfügen. Sie können organisatorisch umstrukturiert und durch Vorschaltung der übrigen psychiatrischen Dienste, Teilhospitalisierung, Vor- und Nachsorge usw. in räumlicher Trennung („Satelliten“) oder in engem räumlichen Zusammenhang zu einem psychiatrischen Gemeindezentrum ausgebaut werden.

2. Die Teilhospitalisierungseinrichtungen

a) Nachtklinik

ermöglicht mit der Anwendung verschiedener Behandlungsverfahren und einer auf 12 bis 14 Stunden täglich beschränkten Hospitalisierung den Verzicht oder die Abkürzung einer Vollhospitalisierung. Die Kranken können währenddessen entweder in Ihrer Arbeit verbleiben oder, im Anschluß an eine Anstalts- oder Klinikinternierung, eine Berufstätigkeit und ihre sozialen Beziehungen wieder aufbauen. Kranke mit langer Internierungsdauer, mit sehr ungünstigen sozialen oder familiären Verhältnissen, mit schwereren Persönlichkeitsstörungen können unter dem Schutz dieser Übergangssituation geeigneten Behandlungs- und Rehabilitationsmaßnahmen zugänglich und mit wesentlich größeren Aussichten in die Gesellschaft wieder eingegliedert werden als bislang möglich war.

b) Tag-, Halbtags- oder Wochenklinik

Den Tageskliniken steht praktisch das gleiche therapeutische Repertoire zur Verfügung wie einer Vollklinik. Ein wachsender Anteil von psychisch Kranken – die Schätzungen auf Grund der bisherigen Erfahrungen mit solchen Einrichtungen in den USA und Großbritannien bewegen sich um 40 bis 70 % der bislang vollhospitalisierungsbedürftigen Patienten – kann dort ausreichend psychiatrisch versorgt werden ohne die finanziellen und sozialen Konsequenzen einer stationären Aufnahme. Da die

Kranken teilweise in ihrer Familie, bei Halbtags- und Wochenendkliniken, mitunter auch an ihrer Arbeitsstelle verbleiben können, in der Klinik aber in einer „therapeutischen Gemeinschaft“ sind, bestehen für eine therapeutische Beeinflussung gestörter sozialer und interpersoneller Beziehungen besonders günstige Voraussetzungen. Berufliche und soziale Rehabilitationsmaßnahmen, die in den Tageskliniken einen wesentlichen Teil des therapeutischen Programms einnehmen, lassen diese Behandlungsform auch als Übergang für chronisch Kranke von der Anstaltshospitalisierung in die Gemeinschaft besonders geeignet erscheinen. In der Versorgung alter Patienten mit erheblicheren psychischen Störungen spielt die Tagesklinik eine große Rolle.

3. Vorsorge. und Nachsorgeeinrichtungen

dienen der Behandlung oder Beratung von Kranken, die zu Hause leben. Die Vorsorge ermöglicht nicht selten das Auffangen seelischer Krisen, bevor es zum Zusammenbruch oder zur Chronifizierung gekommen ist. Die Nachsorge bei ehemals stationär behandelten oder teilhospitalisierten Kranken spielt bei allen seelischen Erkrankungen mit Persönlichkeitsstörungen, beispielsweise bei Schizophrenen, schweren Charakterneurosen u. dgl., eine ausschlaggebende Rolle (30).

4. Ambulanz und Diagnostik

haben der Neuaufnahme, Untersuchung, Beratung und sinnvollen Einschleusung der Kranken in die geeigneten Behandlungseinrichtungen und Verfahren zu dienen. Sie müssen über einem 24-Stunden Notfalldienst (psychiatrische Erste Hilfe) zur Versorgung beispielsweise von Selbstmordgefährdeten und anderen akuten seelischen Krisen und Krankheiten verfügen.

Die medizinisch-diagnostischen Einrichtungen sollten zweckmäßigerweise nicht gesondert aufgebaut werden, sondern durch die Anlehnung an Allgemeinkrankenhäuser oder Kliniken zur Verfügung stehen.

Die Psychodiagnostik muss durch klinische Psychologen getragen werden.

Ein wesentlicher Teil ist die soziale Diagnostik, die durch Feststellungen in der sozialen und beruflichen Umwelt geeignete soziotherapeutische und rehabilitative Maßnahmen begründet. Sie wird durch psychiatrische Sozialarbeiter geleistet.

5. Der Rehabilitationsdienst

Er ist mit der gesamten therapeutischen Aktivität des Zentrums verknüpft. Er beginnt bei den aktivierenden Maßnahmen in der therapeutischen Gemeinschaft der Station - sie werden durch sozialpsychiatrisch ausgebildete Schwestern und Pfleger getragen - verfügt über Beschäftigungstherapie, spezielle Lern- und Arbeitsgruppen

bis hin zu industrienahen Rehabilitationswerkstätten. Außerdem sind Sozialarbeiter in der Berufsfürsorge und Nachsorge bei ambulanten oder entlassenen Kranken tätig.

6. Die psychohygienische Abteilung

Sie leistet die Information aller interessierten Stellen über die Möglichkeiten der modernen psychiatrischen Behandlung und über den Umgang mit seelisch Gestörten. Eine allgemeine Aufklärungsarbeit muss der schädlichen sozialen Isolierung der Kranken entgegenwirken und die Gesellschaft zu einer humaneren und verständigeren Haltung ihren seelisch Kranken gegenüber bewegen. Mitglieder des gesamten Zentrums stehen für die Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Fachrichtungen, Wohlfahrtseinrichtungen, Gerichten, Seelsorgern, Schulen und Behörden zur Verfügung, um ihnen bei den zahlreichen Problemen im Umgang und in der Versorgung seelisch gestörter Menschen Beratung und Beistand zu leisten.

7. Ausbildungseinrichtungen

- a) für Ärzte in den Besonderheiten der sozialpsychiatrischen Arbeit (Sozialwissenschaften, Sozialpsychologie, Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Rehabilitation etc.),
- b) für klinische Psychologen,
- c) für psychiatrische Sozialarbeiter,
- d) für Beschäftigungstherapeuten, Schwestern und Pfleger.

8. Forschungsabteilung

9. Altersabteilung

10. Adoleszentenabteilung

Alter- und Adoleszentenabteilungen als besondere Schwerpunkte des psychiatrischen Gemeindezentrums

a) Die Versorgung der Alten

In den letzten Jahrzehnten hat die Anzahl seelischer Erkrankungen bei alten Menschen unverhältnismäßig zugenommen. So hat sich im Staate New York die Zahl der über 65jährigen von 1920 bis 1947 verdoppelt, die Zahl der psychiatrischen Krankenhausaufnahmen dieser Altersgruppe jedoch vervierfacht (12). In Düsseldorf machte Panse analog die Feststellung, dass der Anteil der Aufnahmen über 60jähriger mehr als doppelt so hoch wie ihr Anteil der Bevölkerung ist. Müller und Scheurle (26) fanden unter den Patienten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser des Landschaftsverbandes Rheinland 1961: 14,4 % Kranke mit psychischen Störungen des höheren

Lebensalters. In England und Wales beträgt der Anteil psychiatrischer Krankenhausaufnahmen bei den über 65jährigen bereits 21 %.

In der Versorgung dieser Patientengruppe haben sich Tages- und Halbtagsstätten, Altersklubs, therapeutische Gruppen und regelmäßige Heimbetreuungen sehr bewährt. Sie ersparen einem ungewöhnlich großen Anteil dieser Menschen die psychiatrische Vollinternierung im Hospital. Einrichtungen dieser Art sind in der Bundesrepublik bisher nur in völlig unzureichendem Ausmaß vorhanden.

1961 waren 10,8 % der deutschen Bevölkerung über 65 Jahre alt. 1980 haben wir mit mehr als 15 % zu rechnen (31). Der Aufbau einer angemessenen psychiatrischen Versorgung ist auf diesem Gebiet besonders dringlich.

b) Adoleszentenabteilung

Eine andere Altersgruppe, für die bisher eine adäquate psychiatrische Versorgung fehlt, sind die Adoleszenten. Die psychiatrischen Kinderabteilungen nehmen im Allgemeinen Patienten über 14 oder über 16 Jahre nicht mehr auf. In den Erwachsenenabteilungen sind die Adoleszenten von 14 bis 22 Jahren teils ungern gesehene Störer, teils ungünstigen Einflüssen ausgesetzt, jedenfalls finden sie dort keine optimale therapeutische Gemeinschaft. Ihr Anteil unter der psychiatrischen Klientel ist im Steigen: So hat sich in den State- und County-Mental-Hospitals der USA die Gruppe der unter 24jährigen im Gegensatz zu allen anderen Altersklassen von 1950 bis 1962 nicht vermindert, sondern vermehrt. Teilweise ist eine Vervielfachung der Aufnahmen in dieser Kategorie berichtet worden (32). Das psychiatrische Gemeindezentrum bietet Behandlungsmöglichkeiten für diese Altersstufe, in der sich in der Regel therapeutische und erzieherische Maßnahmen noch zusammenfinden müssen. In einem großen Teil dieser Fälle sind längerfristige protektive Maßnahmen mit Stabilisierung der Lebensführung und Förderung der Sekundärbeziehungen in beschützenden Institutionen, Ausbildungs- und Rehabilitationsmaßnahmen nötig, um einer frühen Chronifizierung psychischer Krankheiten oder Fehlhaltungen entgegenzuwirken. Wegen der Eigenart der Interpersonellen und Lebensprobleme dieser Altersgruppe ist ihre Therapie in homologen Gruppen - auch nach unseren Heidelberger Erfahrungen (30) - zweckmäßig und erfolgversprechend.

Die Anzahl der erforderlichen Einrichtungen

Geht man davon aus, dass es in den nächsten Jahren gelingen möge, die Zahl der psychiatrischen Krankenvetten in der Bundesrepublik auf 200 je 100 000 Einwohner zu bringen - was nur bei einem vollständig ausgebauten System von Gemeindezentren ausreichen würde -, so wären zusätzlich etwa 100 Teilhospitalisierungsplätze auf 100 000 Einwohner und Behandlungseinrichtungen für ca. 300 bis 400 ambulante, Vorsorge- und Nachsorgefälle je 100 000 Einwohner notwendig. Das bedeutet, dass in der Bundesrepublik rund 250 Gemeindezentren entstehen müssten, die über eine

Kapazität von ca. 200 Teilhospitalisierungsplätzen und Behandlungs- oder Betreuungsmöglichkeiten für 600 bis 800 ambulante Kranke verfügen müssten. Dort, wo psychiatrische Hospitäler, Kliniken oder Abteilungen in den Wohngebieten vorhanden sind, sollte man ihnen diese Gemeindezentren zuordnen. Wo sie fehlen, sollten zu jedem Gemeindezentrum etwa 200 psychiatrische Vollhospitalisierungsplätze an allgemeinen Krankenhäusern geschaffen werden. Sie ergäben zusammen mit dem Gemeindezentrum eine optimale psychiatrische Behandlungseinheit.

Zur Verwirklichung dieser Pläne ist die Mitarbeit der psychiatrisch tätigen niedergelassenen Nervenärzte, vor allem der psychotherapeutisch ausgebildeten unter ihnen, unumgänglich. In Form der Teilzeitbeschäftigung, wie sie sich in den Community Mental Health Centers der USA bewährt hat, sollten sie die therapeutische und Ausbildungskapazität der psychiatrischen Gemeindezentren und Krankenhäuser vergrößern. Diese Tätigkeit ist das spezifisch auf die Erfordernisse der Psychiatrie zugeschnittene Analogon des Belegarztes bzw. des Belegkrankenhauses aus anderen Fachrichtungen der Medizin.

Darüber hinaus muss der Nachwuchs psychiatrischer Fachärzte mit psychotherapeutischer Ausbildung, klinischer Psychologen, psychiatrischer Sozialarbeiter und sozialpsychiatrisch ausgebildeter Pflegekräfte in den nächsten Jahren ganz erheblich gesteigert werden. Neben dem Ausbau der Ausbildungsinstitutionen ist dazu der Anreiz geeigneter Bewerber durch Aufklärung über die modernen therapeutischen Möglichkeiten, Arbeitsweisen und Einrichtungen der Psychiatrie und durch ausreichende Bezahlung erforderlich.

Die Verwirklichung dieser unabdingbaren humanitären und gesundheitspolitischen Aufgaben erfordert eine breite Initiative aller mit der Materie befassten Regierungsstellen, Institutionen und Privatpersonen und eine rückhaltlose Information der Öffentlichkeit.

Das Modellinstitut für sozialpsychiatrische Therapie in Heidelberg

Um die für den notwendigen Ausbau der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik unabdingbaren gesundheitspolitischen, organisatorischen und personellen (Ausbildungs-) Voraussetzungen zu schaffen, ist eine großzügige Modernisierung aller bisher bestehenden psychiatrischen Einrichtungen nach den aufgezeigten Richtlinien unerlässlich. Für eine ziemlich langwährende Übergangsperiode wird man auf das Weiterbestehen unzulänglicher Einrichtungen, etwa abgelegener und mit übermäßiger Kapazität ausgestatteter Landeskrankenhäuser nicht verzichten können. Es gilt aber alle Anstrengungen zu unternehmen, vor allem in den großen Wohn- und Industrieballungsräumen neue Einrichtungen unter modernen Gesichtspunkten aufzubauen und an den alten zu verbessern, was überhaupt daran noch verbessert werden kann.

Eine solche Aufgabe von einer, für die Gesundheitspolitik der Bundesrepublik in unseren Tagen ungewöhnlichen Größenordnung, kann nicht ohne Abstimmung der federführenden Behörden und Trägerinstitutionen gelingen. In den USA, in Großbritannien, in Dänemark, Norwegen und anderen Ländern sind deshalb schon vor mehreren Jahren langfristige Programme für die Umorganisation und den Ausbau der psychiatrischen Krankenversorgung gesetzlich festgelegt und zu wesentlichen Teilen bereits ausgeführt worden. In der Bundesrepublik fehlt bisher eine sinnvolle, in einem Programm ausformulierte Koordination der regionalen Initiativen.

Auf der praktischen Seite erscheint es notwendig, die Initiativen nicht nur bei einer Aufsplitterung auf lokale Verbesserungen und Neugründungsversuche zu belassen, sondern ein Zentrum zu schaffen, das modellhafte Organisationsformen, Erfahrungen und einen Stamm ausgebildeter Unterrichtskräfte und Fachpersonal für den Ausbau der zahlreichen zu planenden Zentren zur Verfügung stellen kann. Die Gründung und der rasche Aufbau eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung sind deshalb dringend zu empfehlen. Als Standort eignet sich der Großraum Mannheim-Heidelberg aus verschiedenen Gründen besonders: 1. weil er mit Zahl und Zusammensetzung der Bevölkerung und der Industrie (Großindustrie und Großstadtbevölkerung im Raum Mannheim-Ludwigshafen-Heidelberg-Weinheim, Mittel- und Kleinindustrie aber auch Agrarbevölkerung in den kleinen Städten, in ihrem Umkreis und in den angrenzenden Odenwaldgemeinden) für zahlreiche als Standort psychiatrischer Gemeindezentren infrage kommende Regionen der BRD repräsentative soziologische Voraussetzungen bietet, 2. weil durch die hier vorhandene Rehabilitationseinrichtungen und die industriellen Möglichkeiten die Voraussetzungen für den Ausbau einer beruflichen Wiedereingliederung besonders günstig sind, 3. weil die Abteilung für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg zusammen mit den anderen Einrichtungen der Klinik und der regionalen Landeskrankenhäuser bereits den Kern eines solchen modernen sozialpsychiatrischen Zentrums aufgebaut und seit mehreren Jahren eine zunehmende Zahl von Fachkräften herangebildet hat. Zudem ist es durch diese Arbeit gelungen, in der Öffentlichkeit wachsendes Verständnis für die modernen Behandlungsformen der Psychiatrie und für die Wiedereingliederungsmaßnahmen zu finden, ein Faktor, der in seiner Bedeutung nicht unterschätzt werden darf.

Das Modellinstitut für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung soll im Besonderen folgende Aufgaben erfüllen.

1. Als funktionsfähiges psychiatrisches Gemeindezentrum mit allen dazu gehörigen Abteilungen soll es erprobte sozialpsychiatrische Organisations- und Therapieformen aus dem Ausland übernehmen und an deutsche Verhältnisse adaptieren. Die gesammelten Erfahrungen sollen für den Aufbau analoger Einrichtungen in der Bundesrepublik nutzbar gemacht werden.

2. Das Institut soll alle wichtigen Formen intensiver Soziotherapie im Sinne der Vorsorge, der ambulanten Versorgung, Teilhospitalisierung und der Nachsorge unter dem übergeordneten Gesichtspunkt der sozialen und beruflichen Rehabilitation psychisch Kranker leisten. Diese Arbeit soll zugleich der Ausbildung von Fachkräften, Psychiatern, klinischen Psychologen, psychiatrischen Sozialarbeitern und sozialpsychiatrischen Pflegekräften dienen. Zur Verwirklichung geeigneter Lehrprogramme ist eine besonders enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Institutionen der Universität Heidelberg, des Klinikums Mannheim und des Landeskrankenhauses Wiesloch erforderlich.

Die Ausbildung der Fachkräfte hat auch dem Zweck zu dienen, leitendes und Stammpersonal für ähnliche Einrichtungen an anderen Stellen der Bundesrepublik heranzubilden.

Die Abteilung für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation der Universität Heidelberg, die in kleinerem Umfang bereits seit mehreren Jahren mit beachtlichen Erfolgen eine differenzierte sozialpsychiatrische Arbeit mit Rehabilitationseinrichtungen, Teilhospitalisierung und Nachsorge aufgebaut hat (30), verfügt zugleich über die erste und bisher einzige sozialpsychiatrische Ausbildungsinstitution für nichtärztliches Personal in der Bundesrepublik. Damit wäre eine günstige institutionelle und personelle Basis für das Modellinstitut vorhanden.

Die Indikationsbereiche der im Institut zu leistenden Vorsorge-, Behandlungs-, Nachsorge- und Rehabilitationsmethoden umfassen:

- a) große psychische Erkrankungen, z. B. Schizophrenien, Wochenbetts- und Rückbildungspsychosen etc.
- b) kleinere psychische Erkrankungen, z. B. solche chronifizierte Charakterstörungen, schwere Neurosen und psychosomatische Krankheiten, bei denen in erster Linie Maßnahmen der interpersonellen und sozialen Rehabilitation und der Wiederherstellung der Berufsfähigkeit erforderlich sind und eine psychoanalytische Behandlung einerseits, eine allgemein medizinische Behandlung andererseits keinen zureichenden Erfolg versprechen.
- c) Organische Erkrankungen des Gehirns - mit Ausnahme der durch die Lebenshilfe e. V. zu versorgenden geistigen Entwicklungsstörungen - insbesondere rehabilitationsfähige Hirnverletzte mit sozialen und beruflichen Einordnungsschwierigkeiten.
- d) Akute seelische Krisen, Selbstmordgefährdete, Beratungs- und Vorsorgefälle (kleinere seelische Krisen, verschiedener Lebensschwierigkeiten etc.).
- e) Als besondere Schwerpunkte des Instituts sind je eine Abteilung für Alterskranke und für Adoleszenten geplant.

Bedarf

Geht man von einer Bevölkerungszahl von ca. 1 Million im Umkreis Heidelberg–Mannheim–Weinheim–Wiesloch aus (Radius ca. 10 bis 20 km), so wären für eine ausreichende Versorgung dieses Großraums mindestens 2000 psychiatrische Hospitalbetten erforderlich.

es sind bisher vorhanden:

im Landeskrankenhaus Wiesloch	ca. 1400
in der Psychiatrisch-Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg	ca. 200
im Städt. Krhs. Mannheim, Neurologisch-psychiatrische Abteilung	ca. 30
geplant sind im Univ.-Klinikum Mannheim	ca. 120
insgesamt:	ca. 1750

Da allerdings diese Einrichtungen einen weitaus größeren Bezirk und eine wesentlich größere Zahl von Menschen zu versorgen haben, ist noch ein fühlbarer Fehlbedarf an psychiatrischen Hospitalbetten vorhanden.

Der Bedarf an Teilhospitalisierungsplätzen ist für ein Wohngebiet mit einer Million Einwohner auf 1000 zu schätzen. Dazu kommt, dass für rund 3000 bis 4000 Kranke irgendeine Form der ambulanten psychiatrischen Versorgung zur Verfügung stehen sollte.

Geht man alleine von den Rehabilitations- und Nachsorgebedürfnissen des Landeskrankenhauses Wiesloch und der Univ.-Klinik Heidelberg unter Anwendung moderner psychiatrischer Behandlungsmethoden aus, so wäre nach verschiedenen Internationalen Schätzungen bereits eine Kapazität von rund 800 Teilhospitalisierungsplätzen erforderlich.

Zusammenarbeit mit dem Landeskrankenhaus Wiesloch und den Psychiatrischen Universitätskliniken Heidelberg und Mannheim

Es erscheint zweckmäßig, das Modellinstitut im engen funktionellen Zusammenhang mit den zwei bestehenden Hospitaleinrichtungen und der geplanten psychiatrischen Klinik in Mannheim aufzubauen. Eine solche gestufte Versorgung der psychisch Kranken hat nicht nur den Vorteil optimaler Differenzierung der erforderlichen Behandlungsmethoden. Sie erspart durch eine gemeinsame Nutzung vorhandener Einrichtungen (Laboratorien, geschlossene Abteilungen usw.) erhebliche Kosten. Schließlich kann Sie den Mitarbeitern dieser Krankenhäuser und Kliniken durch ein gemeinsam organisiertes Ausbildungsprogramm Kenntnisse und Erfahrungen in der Sozialpsychiatrie vermitteln und selbst von den dort existierenden Ausbildungseinrichtungen (z. B. für Psychotherapie) profitieren.

Eine Station zur Vollhospitalisierung soll im Modellinstitut nur als „Revier.“ für Notfälle mit einer Kapazität von 20 Betten vorgesehen werden. Alle Kranken, bei denen eine stationäre Behandlung erforderlich und die Verlegung ohne Nachteile durchführbar ist, sollen in die genannten Kliniken überwiesen werden. Dagegen soll dem Modellinstitut ein wesentlicher Teil der Nachsorge und Rehabilitation von Kranken des Landeskrankenhauses Wiesloch und der beiden Universitäts-Kliniken Heidelberg und Mannheim in enger funktioneller und personeller Zusammenarbeit mit diesen Kliniken zufallen.

Kapazität des Modellinstituts

Aus verschiedenen Gründen erscheint es unzweckmäßig, das Institut mit der Bedarfsgröße von 1000 Halbinternierungsplätzen auszustatten. Eine kleinere Institution ist eher zu erstellen, leichter zu leiten und als Modellinstitution zur Organisation moderner Therapie- und Rehabilitationsmethoden und zur Vermittlung der erforderlichen Ausbildung eher geeignet. Man wird allerdings in naher Zukunft dem Gedanken einer Vergrößerung oder der Erstellung eines oder zweier zusätzlicher psychiatrischer Gemeindezentren nahetreten müssen. Doch dürfte ihr Ausbau bei entsprechender Vorarbeit und bei einem vorhandenen Personalstamm leichter fallen, als ein rascher Aufbau sehr großer Behandlungskapazitäten.

Aus verschiedenen Überlegungen empfiehlt es sich, das Modellinstitut mit folgenden Kapazitäten auszustatten:

insgesamt 230 Teilhospitalisierungsplätze (Nachtklinik, Tagklinik)
Behandlungsmöglichkeiten für insgesamt 800-1000 ambulante Fälle
20 Betten (Revier) für Vollhospitalisierung zur Behandlung von Notfällen, Rückfällen, interkurrenten Erkrankungen bei in Betreuung befindlichen Kranken.

Davon sind 40 Teilhospitalisierungsplätze (vor allem Tagklinikbetten) für die Altersabteilung,

weitere 40 Teilhospitalisierungsplätze (vor allem Nachtklinikbetten) für die Adolescentenabteilung vorgesehen.

Die verbleibenden 150 Teilhospitalisierungsplätze sollen in 10 Stationen, 6 als Nachtklinik, 4 als Tagklinik mit je 15 Betten aufgeteilt werden.

Außer diesen Hospitalisierungsmöglichkeiten sind alle notwendigen Einrichtungen eines psychiatrischen Gemeindezentrums vorgesehen:

Soziotherapie

Therapeutische Gemeinschaft, Gruppenpsychotherapie usw.

Rehabilitation

Beschäftigungstherapie, Arbeits- und Werktherapie, Sozial- und Berufsfürsorge

Zusammenarbeit mit Berufsförderungswerk, Industrieeinrichtungen etc.

Nachsorge

Einzel- und Gruppentherapie, Einzelbetreuung, geschützte Gemeinschaften wie Patientenclubs u. dgl.

Ambulanz

Diagnostik

Notfalldienst (Erste Hilfe)

Vorsorge

ambulante Behandlung und Betreuung

Psychohygienische Abteilung

mit Kontaktdienst zu Behörden, Seelsorgern, Gerichten, Wohlfahrtsinstitutionen, Industrie usw.

Ausbildungsabteilung

Forschungsabteilung

Als Träger des Modellinstituts ist eine Stiftung des öffentlichen Rechts vorgesehen. Zur Vorbereitung dieser Stiftung, zur Leistung der Vorarbeiten, etwa der Kostenermittlung für Bau, Einrichtung und Unterhaltung des Instituts wurde am 1. Juli 1965 in Heidelberg in Anwesenheit von Abgeordneten des Landtags von Baden-Württemberg, von Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, des Innenministeriums Baden-Württemberg, in Anwesenheit des Regierungspräsidenten von Nordbaden, des Dekans der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, der Vertreter der Stadtverwaltungen Mannheim und Heidelberg und führender Vertreter der Wohlfahrtsverbände, der Sozial- und Unfallversicherungsträger, der „Verein zur Errichtung und Förderung eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung in Heidelberg e. V.“ gegründet. Zu seinem ersten Vorsitzenden wurde Prof. v. Baeyer, zum dritten Vorsitzenden OMR Dr. Möllhoff, zum Schatzmeister Verwaltungsdirektor Ernst gewählt. Der Vorstand bestellte den zum zweiten Vorsitzenden gewählten Priv. - Doz. Dr. Dr. Häfner als geschäftsführenden Vorsitzenden. Mittlerweile ist der Verein durch die zuständige Finanzbehörde als gemeinnützig anerkannt worden.

Der Verein sieht es nicht zuletzt als seine Aufgabe an, diejenigen privaten Initiativen zu sammeln, die nach den Erfahrungen der meisten Kulturländer auch in der Bundesrepublik unerlässlich sein dürften, um den notwendigen Ausbau und die Modernisierung der psychiatrischen Krankenversorgung in Gang zu setzen und zu fördern.

Er ist dabei auf die tätige Mithilfe aller interessierten und verantwortungsbewussten Kreise angewiesen.

*Verein zur Errichtung und Förderung eines Modellinstituts für sozialpsychiatrische Therapie und Forschung in Heidelberg e. V.
Konto: Dresdner Bank AG, Filiale Heidelberg Nr. 24 124*

Anschrift des Verfassers:

Priv. - Doz. Dr. Dr. Heinz Häfner, 6900 Heidelberg, Voßstraße 4

Literaturverzeichnis

- (1) W. v. Baeyer: „Grundlagen der Sozialpsychiatrie“ . Dtsch. Ärzteblatt.
- (2) N. Juel - Nielsen- and E. Strömngren: „Psykiatriske lidelser I almen laegepraksis“ .Ugeskr Laeg. 124, 1962, 1103.
- (3) E. Strömngren: “ The Psychiatric Hospital as Center of Community Psychiatry”. Compr. Psychiatr. 4. 1963, 433.
- (4) M. Shepherd, B. Cooper, A C. Brown and G. W. Kalton: “Minor Mental Illness in London: Some Aspects of a General Practice Survey”. Brit. Med. J., 1964, 1359.
- (5) M. Shepherd and B. Cooper: “Epidemiology and mental disorder: A review”. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr., 27, 1964, 277.
- (6) C. A. H. Watts , E. C. Cawte and E. V. Kuenssberg: “Survey of Mental Illness in General Practice”. Brit. Med. J. 1964, 1351
- (7) B. Pasamanick, D. W. Roberts, P. V. Lemkan and D. E. Krueger: “A Survey of Mental Diseases in an Urban Population”. Am. J. Publ. Health, 47, 1957, 923
- (8) L. Sprole, T. S . Langner, S. T. Michael , M. K. Opler and T. A. C. Rennie: “Mental Health in the Metropolis: the Midtown Manhattan Study”. McGraw-Hill, New York. 1962.
- (9) Weitere Untersuchungen zur Inzidenz und Prävalenz psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft sind von Sjögren, Essen-Möller, Larsson, Uddenberg u. White , Ushlmura, Lemkau und Krüger, Hollingshead und Redlich u. a. veröffentlicht worden.
- (10) U. S. Dept. of Health Educ. Welf.: “Disposition of First Admissions to a State Mental Hospital”. Publ. Health Monogr. No. 32, 1955.

- (11) Deutsche Forschungsgemeinschaft: *Denkschrift zur Lage der ärztlichen Psychotherapie und psychosomatischen Medizin*. Verlag Steiner, Wiesbaden, 1964.
- (12) F. Panse: „Das psychiatrische Krankenhauswesen“. Stuttgart, Thieme, 1964.
- (13) M. in der Beek: „Praktische Psychiatrie“. Berlin: W. de Gruyter, 1957.
- (14) B. Mikat: "Die soziale und volkswirtschaftliche Bedeutung der Geisteskranken". *Therap. Berichte*, Leverkusen: Bayer: 32, 1960, 182.
- (15) R. H. Atwell: "The Financing of Mental Health Services, A National View". *Nation. Inst. Mental Health, US Dept. of Welfare, Bethesda/Md*: 1964.
- (16) E. E. Ferebee: "Improving Coverage of Mental Illness under Prepayment and other Health Insurance Plans". *Nation. Inst. Mental Health, US Dept. of Health, Education and Welfare, Bethesda/Md*: 1964.
- (17) A. B. Stokes: "Proposals at the National Level on Legislation, Financing and Insurance effecting Psychiatry". *The American Journal of Psychiatry*, 121, 65.
- (18) J. F. Kennedy: "Mental Illness and Mental Retardation". *Message from the President of the United States 88th Congress 1st Session, Document No. 58, Washington*, 1963
- (19) I. Belknap: "Human Problems of a State Mental Hospital". New York, Toronto, London: McGraw Hill, 1956.
- (20) Expert Committee on Mental Health: "Social Psychiatry and Community Attitudes". *WHO Technical Reports Series No. 177, Genf*, 1959, deutsch von K. P. Kisker,
- (21) *Empfehlungen des Wissenschaftsrats, Teil I*, 1960.
- (22) M. Baker, R. L. Davis and P. Sivadon: "Psychiatric Services and Architecture". *WHO Public Health Papers No. 1, Genf*, 1959.
- (23) A. H. Stanton and M. S. Schwartz: "The Mental Hospital". New York, Basic Books, 1954; Zitat übersetzt von Panse (12).
- (24) "The Comprehensive Community Mental Health Center". *National Institute of Mental Health, US Dept. of Health, Education and Welfare, Bethesda/MD*, 1964.

(25) Expert Committee on Mental Health: *"The Community Mental Hospital"*. WHO Technical Report Series No. 73, Genf, 1953.

(26) H. W. Müller und G. Scheurle: *„Rheinische Anstaltspsychiatrie“*. Düsseldorf, Rheinland Verlag, 1962.

(27) K. P. Kisker: *„Gedanken zum psychiatrischen Krankenhaus heute“*. Mtsch. Med. Wschr. 88. 1963, 192.

(28) R. H. Felix: *"Our Present Prospects and the Task ahead"*. Compr. Psychiat. 4, 1963, 368.

(29) K. P. Kisker: *„Klinische und gemeinschaftsnahe Behandlungszentren ...“*. Nervenarzt, 35, 1964, 233.

(30) H. Häfner, B. Vogt - Heyder und D. v. Zerssen : *„Erfahrungen mit Schizophrenen in einem gleitenden klinischen Behandlungs- und Nachsorgesystem“*. Zschr. Psychotherap. med. Psychol. 15. 1965,97.

(31) G. König :*"Verantwortung für alte Menschen, eine gesundheitspolitische Aufgabe"*. Dtsch. Ärztebl. 1965, 951.

(32) B. S. Brown: *"The Impact of the New Federal Mental Health Legislation on the State Mental Hospital System"*. Nation. Inst. of Mental Health US. Dept. of Health, Education and Welfare, Bethesda/MD, 1964.

Quelle: helfen und heilen. Diagnose und Therapie in der Rehabilitation, Oktober 1965, Heft 4.

8.6 BRD – Psychiatrieenquete (1975)

1970 fand die erste Beratung des Bundestages zur Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik statt. In der Sitzung vom 23. Juni 1971 beschloss der Bundestag die Einrichtung der Psychiatrieenquete. Im September 1975 legte die Enquetekommission dann ihren Bericht vor.

*Deutscher Bundestag
7. Wahlperiode
Drucksache 7/4200*

Unterrichtung durch die Bundesregierung

Bericht über die Lage der Psychiatrie In der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -

*Zusammenfassung
Auszug aus dem Bericht der Sachverständigen-Kommission*

A. Die gegenwärtige Versorgung psychisch Kranker sowie geistig und seelisch Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland - Daten und Fakten -

1 Kritische Würdigung der Situation

Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland ist dringend verbesserungsbedürftig. Die Situation ist gekennzeichnet durch: beträchtliche Lücken in der Versorgung auf allen Gebieten, vorwiegend aber in folgenden Bereichen:

a) komplementäre Dienste (z. B. Übergangseinrichtungen sowie Heime und beschützende Wohnangebote vor allem für chronisch Kranke und Behinderte, Tagesstätten) (s. B. 3.4),

b) ambulante Dienste (z. B. niedergelassene Nervenärzte besonders in ländlichen und kleinstädtischen Gebieten, ambulante Dienste an Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen, Beratungsdienste) (5. B. 3.3.2; B. 2;B.4.2),

c) gemeindenahе stationäre Dienste (z. B. Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern) (s. B. 3.3; B. 4.2),

- weitgehende Ausklammerung der Versorgung psychisch Kranker aus der allgemeinen Medizin und damit deren Benachteiligung gegenüber körperlich Kranken (s. B. 3.3.1),
- Mangel an qualifiziertem Personal in allen Diensten und Berufsgruppen, vor allem als Folge unzureichender Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. A. 4, G.). Besonders unzureichend ist die Versorgungslage für folgende Patientengruppen:
- psychisch auffällige, gestärkte und behinderte Kinder und Jugendliche (s. B. 3.1.1), (s. B. 3.1.2, B. 3.8).

Bereits vielfach dokumentiert ist die missliche Lage der aus dem vorigen Jahrhundert und der Zeit um die Jahrhundertwende stammenden psychiatrischen Fachkrankenhäuser, die mit ihren 98151 Betten die Hauptlast der stationären Versorgung tragen und insgesamt zu etwa 60 % mit Langzeitpatienten (chronisch Kranken, seelisch und geistig Behinderten) belegt sind. Ihre Bettenzahl ist zu groß, ihre Bausubstanz veraltet, ihre geografische Lage teilweise ungünstig (s. A. 4).

Von den Missständen in diesem Versorgungssektor ging der Anstoß aus, die Bundesregierung mit der Erstellung einer Enquete zu beauftragen. Obgleich die Träger der psychiatrischen Fachkrankenhäuser in der Zwischenzeit durch Sofortprogramme erhebliche Summen für die Sanierung und Modernisierung aufgebracht haben, muss die Sachverständigen Kommission weiter mit Nachdruck fördern, dass vor aller Reform die humanen Grundbedürfnisse der in diesen Krankenhäusern lebenden Patienten befriedigt werden müssen.

2 Häufigkeit psychischer Krankheiten und Behinderungen Vorbemerkung

Genaue Angaben über die Anzahl psychisch Kranker und Behinderter lassen sich infolge des Mangels an ausreichenden epidemiologischen Untersuchungen in diesem Land noch nicht machen. Auf Grund einschlägiger Studien in Dänemark, Schweden, England und der Bundesrepublik Deutschland sowie auf Grund der im Rahmen der Enquete durchgeführten Erhebungen lässt sich jedoch wenigstens die Größenordnung dieses Problems umreißen.

2.1 Umfang des betroffenen Personenkreises

Psychische Krankheiten und Behinderungen sind nicht - wie vielfach noch angenommen - ein quantitativ unbedeutendes Problem. Betroffen ist vielmehr ein sehr erheblicher Teil der Bevölkerung: Etwa jeder dritte Bundesbürger hat bereits einmal in seinem Leben irgend eine psychische Krankheit durchgemacht oder leidet noch daran. In der Bundesrepublik Deutschland sind oder waren demnach rd. 20 Millionen Menschen andauernd, wiederholt oder wenigstens einmal während ihres Lebens in irgendeiner Form unmittelbar betroffen (s. A. 2)

2.2 Konsultationen und Behandlungen

Etwa 70 % der Bevölkerung suchen innerhalb eines Jahres den praktischen Arzt bzw. den Arzt für Allgemeinmedizin auf. Von diesen weisen etwa 10 bis 20 % psychische Krisen, Krankheiten oder vorwiegend psychisch bedingte körperliche Beschwerden auf. Dies sind 4 Millionen bis 8 Millionen. Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweisen sich innerhalb eines Jahres dabei 1,8 bis 2 % der Bevölkerung, also rd. eine Million Personen. Den niedergelassenen Nervenarzt oder Psychotherapeuten konsultieren wegen psychischer Krankheiten innerhalb eines Jahres ein Prozent der Einwohner - also rund 600000 Personen (s. A. 2). Von psychiatrischen. Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen werden innerhalb eines Jahres 0,25 % bis 0,40 % der Bevölkerung, also rd. 200000 Personen.

2.3 Zahl der erstmals In Beratung, Untersuchung oder Behandlung kommenden Personen während eines Jahres In der Bundesrepublik Deutschland (s. A.2)

Bei etwa der Hälfte der jährlichen Behandlungsfälle handelt es sich um Ersterkrankungen. 1 bis 2 % der Bevölkerung nehmen innerhalb eines Jahres erstmals wegen psychischer Krankheiten oder Behinderungen Kontakt mit Behandlungs- und Beratungsdiensten jedweder Art auf (ca. 600000 Personen).

Rechnet man die Ergebnisse einer für das Jahr 1965 in Mannheim durchgeführten Studie auf die Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland hoch - was nur unter Einschränkungen zulässig ist - so ergeben sich für die Wichtigsten Diagnosen etwa folgende Größenordnungen:

Diagnose	Anteil der Haupt-Diagnose in %	Zahl der Ersterkrankungen in der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Jahres
Neurosen und Persönlichkeitsstörungen	30,2	ca. 205 000
Schizophrenien, manisch - depressive Erkrankungen und andere Psychosen	17,6	ca. 120 000
Abbauprozesse im Alter	13,8	ca. 95 000
Geistige Behinderungen	13,2	ca. 90 000
Alkoholismus und andere Suchten	6,3	ca. 43 000
Cerebrale Anfallsleiden	3,9	ca. 27 000

2.4 Hospitalisierung und Diagnosen

In den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland mit ihren insgesamt 98 151 Betten befanden sich am Stichtag (30. Mai 1913) 94 191 Patienten. Der Krankenbestand gliedert sich in folgende Diagnosen:

<i>Diagnose</i>	<i>Prozentualer Anteil am Krankenbe- stand der 130 psy- chiatrischen Fach- krankenhäuser in %</i>
<i>Psychische Störungen des höheren Lebensalters und andere organische psychiatrische Erkrankungen</i>	13,0
<i>Schizophrener Formenkreis</i>	36,7
<i>Affektive (manisch-depressive) und andere (paranoide, reaktive und sonstige) Psychosen</i>	8,2
<i>Neurotische Leiden, Persönlichkeits-störungen, psychosoma- tische Störungen</i>	4,0
<i>Suchten</i>	9,6
<i>Anfallsleiden</i>	6,0
<i>Schwachsinnformen (geistige Behinderungen)</i>	18,5
<i>Körperlich Kranke ohne psychische Störungen, (neurologisch, internistisch) sowie übrige Kranke</i>	4,0

***Verteilung der Aufnahmen nach Diagnosen in den Rheinischen Landeskranken-
häusern***

	1960	1965	1970	1973
<i>Organisch bedingte psychische Erkrank- ungen und psychische Störungen des hö- heren Lebensalters</i>	3013	3039	3223	2882
<i>Schizophrener Formenkreis</i>	2537	2886	3692	3522
<i>Affektive (manisch-depressive) Psychosen</i>	775	973	1110	1429
<i>Psychopathien und abnorme Reaktionen</i>	1133	1288	1707	2087
<i>Alkoholismus</i>	513	1050	2889	4535
<i>Medikamenten- und Drogenabhängigkeit</i>	165	241	635	1095
<i>Anfallsleiden</i>	416	383	445	378
<i>Schwachsinnformen</i>	901	897	923	804
<i>Körperlich Kranke ohne psychische Stö- rungen (neurolog., Internist.) , übrige Kranke</i>	232	177	347	497
<i>insgesamt</i>	9685	10 934	14 971	17 229

In den vergangenen Jahren ist ein ständiger Anstieg der Aufnahmen zu verzeichnen. Die Krankenstatistik des Landschaftsverbandes Rheinland verdeutlicht einen Trend, der auch für die Entwicklung bei anderen Trägern typisch sein dürfte: steigende Aufnahmezahlen bei Suchtkranken, insbesondere bei Alkoholikern (s. A. 4).

3 Wesentliche Mängel der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

3.1 Das Vorfeld psychiatrischer und psychotherapeutisch / psychosomatischer Dienste (s. B.2)

Dem Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutisch/ Psychosomatischen Dienste ist ein Feld vorgelagert, In dem Personen mit psychischen Krankheiten und Störungen vielfältiger Art auftauchen. Sie werden dort nicht nur professionell beraten und behandelt, sondern kommen auch mit nicht-professioneller Beratung in Berührung. Auch der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin ist wohl am ehesten diesem Bereich zuzurechnen, weil er als Hausarzt häufig die erste Anlaufstelle für psychisch Kranke und Behinderte darstellt. Diesem Vorfeld kommt besondere Bedeutung zu, weil die in ihm tätigen Dienste eine Reihe wichtiger Aufgaben wahrnehmen. Es sind dies:

- Aufgaben der Prävention im Sinne der Früherkennung*
- erste Hilfs- und Beratungsangebote,*
- Überweisungen in eine fachgerechte Behandlung.*

Folgende gravierende Mängel sind in diesem Bereich festzustellen:

a) Nicht-professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Lehrer, Kindergärtnerinnen und Erzieher, verschiedene juristische Berufsgruppen sowie Seelsorger stoßen zwangsläufig auf psychische Störungen, Krankheiten, Lebenskrisen und schwere seelische Konflikte. Sie sind genötigt, Beratungsfunktionen auszuüben, auf die sie zumeist nicht oder nur unzulänglich vorbereitet sind. Die Folge ist: psychische Störungen werden nicht erkannt: sie bleiben unbeachtet oder es wird in unsachgemäßer Weise auf sie reagiert. Vielfach fehlt es an Informationen und Möglichkeiten für die Zusammenarbeit mit Beratungsstellen und psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Diensten.

b) Professionelle Beratung (s. B. 2.1)

Im schulpsychologischen Dienst, im Untersuchungs- und Begutachtungsdienst der Arbeitsverwaltung und der Sozialversicherung, beim Gesundheitsamt und vor allem in der Sozialarbeit öffentlicher und freigemeinnütziger Institutionen werden professionelle Beratungen durchgeführt. Der Schwerpunkt dieser Dienste liegt zwar im Allgemeinen nicht auf der Erkennung psychischer Störungen und Behinderungen. Den-

noch werden sie sehr häufig mit Auffälligkeiten dieser Art konfrontiert. Diese Dienste sind wichtig, vor allem für die Prävention, da sie Einfluss auf Entstehungsbedingungen seelischer Fehlentwicklungen und Krisen nehmen können. Gemessen daran, was für eine verbesserte Beratung, Früherkennung und Prävention notwendig wäre, fallen besonders folgende Mängel ins Auge:

- schulpsychologische Dienste sind in völlig unzureichender Anzahl vorhanden. Ihre Organisation und die Qualifikation ihrer Mitarbeiter sind sehr uneinheitlich. Überwiegend können sie unter diesen Umständen nur so etwas wie einen pädagogisch-psychologischen Notdienst wahrnehmen. Für Einzelfallhilfe, Bearbeitung psychosozialer Konflikte sowie sachgerechte Beratung der Schule selbst bleiben keine Möglichkeiten.

- Die Berufsberatung ist häufig zu einseitig auf die jeweiligen Erfordernisse des Arbeitsmarktes ausgerichtet. Die besondere Situation der zu beratenden Jugendlichen und Erwachsenen wird zu wenig berücksichtigt. Die Aus- und Fortbildung der Berufsberater vermittelt oft keine ausreichenden psychologischen und tiefenpsychologischen Kenntnisse, die für ihre präventiven und die weitere Lebensentwicklung Gesunder und Behinderter unter Umständen entscheidend beeinflussenden Aufgaben erforderlich sind. In den Beratungsdiensten und in der Sozialarbeit der Gesundheits-, Jugend- und Sozialämter sowie der freigemeinnützigen Träger und Kirchen sind die Möglichkeiten einer qualifizierten Beratung bei psychischen Störungen, Krankheiten und Behinderungen vielfach durch Personalstellenmangel, Mangel an finanziellen Mitteln, Überlastung, mangelndem selbständigem Handlungsspielraum und Bürokratisierung der Arbeit eingeschränkt. Möglichkeiten zur speziellen Weiter- und Fortbildung fehlen vielfach. Die systematische Kooperation dieser Dienste untereinander und mit psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Diensten ist fast durchgehend unzureichend.

c) Beratungsstellen mit besonderen Aufgaben (s. B. 2.2)

Private, öffentliche, kirchliche und freigemeinnützige Träger unterhalten Beratungsstellen mit Aufgaben, die sich auf Probleme der Lebensplanung, Partner- und Gruppenbeziehungen, der Erziehung und Entwicklung beziehen. Sie haben daher unmittelbar mit psychischen Störungen, Krankheiten, Konflikten und Krisen zu tun. Bei quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlicher personeller Ausstattung reichen ihre Möglichkeiten von Information, Beratung, Diagnose und Weiterleitung bis hin zur Therapie.

Die Wirkung dieser Dienste, die umfangreiche Versorgungsaufgaben erfüllen könnten und zum Teil auch erfüllen, wird durch folgende Mängel beeinträchtigt:

- Die Gesamtzahl der Beratungsstellen ist zu gering. Sie sind zudem völlig ungleichmäßig verteilt. Vor allem die ländlichen und kleinstädtischen Bezirke sowie die Wohnbereiche der Unterschichten sind benachteiligt.
- Viele Beratungsstellen sind unzureichend besetzt.
- Nur teilweise verfügen Beratungsstellen über qualifizierte, multidisziplinäre Arbeitsgruppen, die es ihnen möglich machen, auch therapeutische Aufgaben wahrzunehmen.
- Viele Beratungsstellen sind in ihrem Aufgabenfeld zu eng auf ein Gebiet (z. B. Ehe-, Sexual-, Erziehungsprobleme) begrenzt. Ihre Tätigkeit kann deswegen den komplexen Fragen der Familie, der Bezugsgruppen und der Umwelt häufig nicht gerecht werden.
- Die Auswahl der Klientel ist zu einseitig auf die Angehörigen der Mittelschichten beschränkt. Der Grund hierfür liegt u. a. in der abwartenden Haltung der Berater. Die meisten Mitarbeiter der Beratungsstellen sehen sich nicht in der Lage, ins soziale Feld zu gehen, sondern warten auf die "Nachfrage" der Klientel. So werden Angehörige der Unterschicht kaum erreicht.
- Besonders krass ist die Unterversorgung der sozialen Randgruppen, die mit den Beratungsstellen am wenigsten in Berührung kommen.
- Bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Berater werden neuere Verfahren der Familien-, Gruppen- und Sozialtherapie noch ungenügend berücksichtigt.

d) Der praktische Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin (s. B. 2.3)

Etwa 10 bis 20 % derjenigen, die den praktischen Arzt bzw. Arzt für Allgemeinmedizin während eines Jahres aufsuchen, leiden an irgendeiner psychischen Störung, Krankheit oder Behinderung. Wenn auch der überwiegende Teil dieser Klientel der Fachbehandlung durch den Psychiater oder Psychotherapeuten nicht bedarf, so kann diese Zahlenangabe doch die Filterfunktion des praktischen Arztes bzw. des Arztes für Allgemeinmedizin deutlich machen. Allerdings konnte er diese Funktion nach seinem bisherigen Weiterbildungsstand nur ungenügend wahrnehmen. Die Belastungen der üblichen Allgemeinpraxis lassen überdies den größeren Zeitaufwand, wie ihn die meisten psychisch Kranken erfordern, kaum zu. In diesem Zusammenhang muss als Mangel angesehen werden, dass die praktischen Ärzte bzw. Ärzte für Allgemeinmedizin bisher oft für die Ihnen auf dem Gebiete der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter zukommenden Aufgaben nicht ausreichend befähigt sind. Sie müssen in der Lage sein,

- *die psychischen und sozialen Ursachen von Krankheitssymptomen zu erkennen,*

- bei psychisch Kranken und Behinderten mehr als bisher die richtigen Hilfen anzubieten sowie sozialtherapeutische und rehabilitative Maßnahmen zu vermitteln,
- unter Umständen selbst, wenigstens in gewissem Umfange, psychotherapeutisch tätig zu werden,
- eine Behandlung mit Psychopharmaka in notwendigem Umfang durchzuführen.

3.2 Ambulante Dienste (s. B.3.2)

Gemessen am Aufwand, mit dem die Krankenhausversorgung vorangetrieben wurde, ist der Ausbau der ambulanten Behandlungsangebote in der Bundesrepublik Deutschland nicht den Erfordernissen angepasst worden. Dieses Versäumnis ist vor allem für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter von herausragender Bedeutung: Diese Patienten bedürfen wegen der Eigenart ihres Hilfesuchverhaltens und wegen der starken Abhängigkeit des Krankheitsverlaufes von sozialen Faktoren ambulanter Behandlung in besonderen Formen und in besonderem Umfang.

Die Mehrzahl aller psychisch Kranken - jährlich. schätzungsweise 600 000 - wird gegenwärtig in den Praxen niedergelassener Nervenärzte und Psychotherapeuten behandelt. Psychisch Kranke werden ferner in den Sprechstunden der Hausärzte, in den Polikliniken der Universitätskliniken sowie von einzelnen beteiligten Chefärzten und ermächtigten Nervenärzten ambulant behandelt.

Die Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wird den Bedürfnissen eines Teils der psychisch Kranken nicht gerecht. Es hat sich nämlich gezeigt, dass derjenige Teil psychisch Kranker, welcher der Vorsorge. insbesondere aber intensiver Nachsorge bedarf, zwischen den Maschen des bestehenden Netzes ambulanter Dienste leicht hindurch fällt. Die Folge sind Wiedererkrankungen, Chronifizierung und Rückschläge bei der Rehabilitation. Viele Wiederaufnahmen im stationären Bereich wären vermeidbar, wenn die ambulante Versorgung ausgebaut und mit der stationären Versorgung verzahnt würde.

Wichtige Aufgaben der ambulanten Versorgung psychisch Kranker und Behinderter, die Krisenintervention (möglichst rund um die Uhr), ambulante Maßnahmen zur Vermeidung unnötiger Hospitalisierung und die konsiliarische Behandlung und Betreuung im Bereich der komplementären Dienste (Übergangshome, Wohnheime, beschützende Wohnangebote etc.) können von den nervenärztlichen Praxen unter gegenwärtigen Bedingungen überhaupt nicht oder nur unzureichend geleistet werden. Es muss daher als eine Fehlentwicklung der Versorgung bezeichnet werden, dass diese ambulanten Aufgaben, welche das Tätigkeitsfeld der niedergelassenen Nervenärzte sinnvoll ergänzen, noch nicht von den psychiatrischen Krankenhauseinrichtungen und anderen Institutionen wahrgenommen werden können. Diese Lücke ist um so gravierender, als die Versorgungsleistung der niedergelassenen Nervenärzte durch

die zu geringe Gesamtzahl der Praxen, ihre unausgewogene Verteilung zwischen städtischen Ballungsräumen und ländlichen Gebieten sowie gewisse Mängel der Weiterbildung ohnehin beeinträchtigt ist.

In weiten Teilen der Bundesrepublik Deutschland - vor allem den ländlichen Zonen - ist die psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung so unterentwickelt, dass neurotisch und psychosomatisch Kranke kaum fachgerechte Behandlung finden können. Sie müssten sich an weit entfernte Dienste wenden, die aber meist durch die Kranken aus dem eigenen Umfeld ausgelastet sind.

Das allgemeine Defizit an ambulanter Versorgung psychisch Kranker wird verschärft durch das weitgehende Fehlen von speziellen ambulanten Angeboten für folgende Patientengruppen:

- Psychisch auffällige, gestörte und behinderte Kinder und Jugendliche,
- psychisch kranke alte Menschen,
- Suchtkranke,
- Personen mit psychisch bedingten oder mitbedingten Störungen (Neurosen und psychosomatischen Krankheiten),
- Epilepsie-Kranke.

Im Einzelnen ist zu den ambulanten Diensten kritisch zu vermerken:

a) Niedergelassene Nervenärzte (s. B. 3.2.1)

An der kassenärztlichen Versorgung nahmen in der Bundesrepublik Deutschland am 31. Dezember 1974 1041 niedergelassene Nervenärzte teil. Gegenwärtig muss ein niedergelassener Nervenarzt, der an der kassenärztlichen Versorgung teilnimmt, im Durchschnitt 59300 Einwohner versorgen. Die allgemein angenommene Minimalzahl von einem Nervenarzt auf 50 000 Einwohner ist bisher nicht erreicht. Hinzu kommt, dass in den nervenärztlichen Praxen ein relativ großer Anteil (ca. ein Viertel bis ein Drittel) neurologisch erkrankter Patienten behandelt wird. Zudem ist die regionale Verteilung der Praxen sehr unausgewogen. Ländliche Gebiete sind meist unterversorgt.

b) Psychotherapeuten (s. B. 4.2)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es nach Feststellungen aus den Jahren 1973/74 1 263 Fachpsychotherapeuten für Erwachsene (davon 566 mit Institutsweiterbildung). Etwa 50 % der ärztlichen Fachpsychotherapeuten sind zugleich Fachärz-

te für Psychiatrie bzw. Psychiatrie/Neurologie, ein nicht geringer Teil sind Psychologen. Hinzu kommen lediglich 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).

Die ausgeprägte Konzentration der Fachpsychotherapeuten in Großstädten führt zu Verbesserungslücken in anderen Gebieten.

Nur an elf Orten gibt es psychotherapeutisch/psychosomatische Polikliniken oder Ambulanzen. Die ambulante Versorgung wird zum größten Teil von den - in freier Praxis tätigen - Fachpsychotherapeuten getragen. Insgesamt wurden im Jahre 1973 von den RVO- und Ersatzkassen 8 453 Anträge auf Übernahme der Kosten für psychotherapeutische Behandlung genehmigt.

3.3 Stationäre Dienste (s. A. 4)

In der Bundesrepublik Deutschland gab es 1973 3 494 Krankenhäuser mit 707 460 Betten und 8433615 Aufnahmen im Jahr. An der psychiatrischen Versorgung beteiligt waren davon nach den Ergebnissen der von der Sachverständigen-Kommission durchgeführten Erhebung (Mai 1973):

- 241 Krankenhäuser
- mit 111 450 Betten
- und 225 676 jährlichen Aufnahmen.

Zur Psychiatrie zählt somit Jedes 6. Bett und jede 37. Krankenhausaufnahme.

a) Psychiatrische Fachkrankenhäuser (s. A. 4; B 3.3)

Für den Bürger ist es eine Selbstverständlichkeit, dass er im Falle einer körperlichen Erkrankung das nahegelegene kommunale oder freigemeinnützige Allgemeinkrankenhaus aufsuchen kann. Widerfährt ihm jedoch das Unglück, psychisch so schwer zu erkranken, dass eine stationäre Behandlung erforderlich ist, so muss er in der Regel weite Strecken zurücklegen, um ein psychiatrisches Krankenhaus zu erreichen.

Die 130 Fachkrankenhäuser verfügen über 98 151 Betten. Das bedeutet, dass im Bundesdurchschnitt 1,6 Betten pro 1 000 Einwohner zur Verfügung stehen. 1912 wurden 158000 Patienten aufgenommen; darunter befanden sich 84 300 Erstaufnahmen. Ein Drittel dieser Häuser hat mehr als 1 000 Betten und liegt damit erheblich über der empfohlenen Höchstgrenze von 600 Betten. Die Bausubstanz der meisten Häuser ist überaltert. Zwei Drittel der Betten befinden sich noch immer in Häusern, die vor 1925 errichtet wurden.

Trotz erheblicher Anstrengungen der Träger, diese Krankenhäuser zu sanieren und zu modernisieren, ergeben die Untersuchungen noch folgende Mängel:

- die Größe der psychiatrischen Krankenhäuser und die daraus resultierende Struktur und Unübersichtlichkeit erhöht das Risiko des Hospitalismus.
- die ungünstige geografische Lage vieler psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Beteiligung an der Vor- und Nachsorge im Rahmen der gemeindenahen Versorgung.
- Die Einzugsgebiete der 66 Fachkrankenhäuser mit festgelegtem Aufnahmebezirk sind zu groß. Im Bundesdurchschnitt beträgt die Zahl der Einwohner eines solchen Aufnahmebezirkes 931 000. Die durchschnittliche Einwohnerzahl differiert von Bundesland zu Bundesland:

<i>Land</i>	<i>Durchschnittliche Einwohnerzahl der Versorgungsbezirke</i>
<i>Hamburg</i>	<i>1766000</i>
<i>Rheinland-Pfalz</i>	<i>1230000</i>
<i>Nordrhein-Westfalen</i>	<i>1146000</i>
<i>Saarland</i>	<i>1119000</i>
<i>Niedersachsen</i>	<i>1031000</i>
<i>Berlin (West)</i>	<i>1031000</i>
<i>Schleswig-Holstein</i>	<i>980000</i>
<i>Baden-Württemberg</i>	<i>855000</i>
<i>Bremen</i>	<i>734000</i>
<i>Hessen</i>	<i>503000</i>

- Die Verweildauer in den Fachkrankenhäusern liegt wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich höher als in den Fachabteilungen oder psychiatrischen Universitätskliniken. Am Stichtag waren in den Fachabteilungen:

<i>bis zu 3 Monaten</i>	<i>21 % der Patienten</i>
<i>bis 12 Monate</i>	<i>12 % der Patienten</i>
<i>1 bis 2 Jahre:</i>	<i>8 % der Patienten</i>
<i>2 bis 5 Jahre:</i>	<i>13 % der Patienten</i>
<i>5 bis 10 Jahre:</i>	<i>15 % der Patienten</i>
<i>über 10 Jahre:</i>	<i>31 % der Patienten</i>

Dies bedeutet: 59 % - knapp 60000 – lebten länger als zwei Jahre im Fachkrankenhaus, 31 % - knapp 30 000 - sogar länger als zehn Jahre.

- 18,5 % der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern – rund 11 400 - waren am Stichtag geistig Behinderte. Sie können in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht die erforderliche heil- und sozialpädagogische Behandlung erhalten.

- Es gibt in den psychiatrischen Krankenhäusern noch immer Säle mit mehr als 10, sogar mehr als 20 Betten. Nur die Hälfte der Zimmer hat ein bis drei Betten.

Die ärztliche Versorgung ist besorgniserregend.

Nur ein Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser verfügt über eine ausreichende Anzahl von Ärzten. Insgesamt waren am Stichtag in den psychiatrischen Krankenhäusern 1 651 Ärzte tätig. Jeder Arzt ist demnach im Durchschnitt für 59,8 Betten zuständig. 861 Ärzte sind Fachärzte für Psychiatrie oder Psychiatrie/Neurologie. 60 % von ihnen sind über 50 Jahre alt. Durch die Überalterung ergibt sich in den nächsten Jahren ein zusätzlicher erheblicher Nachholbedarf.

- Unter dem Ärztemangel haben vor allem die großen Häuser zu leiden. Je größer ein Krankenhaus, desto ungünstiger ist die Arzt – Betten - Relation:

Größe des psychiatrischen Fachkrankenhauses	Anzahl der Betten je Arzt
bis 100 Betten	27,2
101 bis 500 Betten	41,1
501 bis 1 000 Betten	57,9
1 001 und mehr Betten	66,1

- An den psychiatrischen Krankenhäusern waren am Stichtag lediglich 195 Psychologen beschäftigt. Ein Psychologe ist somit für 506 Betten zuständig. Angesichts der vielen Studienabgänger im Fach Psychologie erscheint es bedenklich, dass nur eine so geringe Anzahl in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig wird.

- Beim Pflegepersonal stehen Qualifikationsprobleme im Vordergrund. Von den 23 312 in psychiatrischen stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräften (4,2 Betten je Pflegekraft) haben

- nur 42,2 % eine staatlich anerkannte Ausbildung;

- nur 6,0 % eine weitergehende psychiatrische bzw. sozialpsychiatrische Zusatzausbildung.
- 17,4 % sind Krankenpflegehelfer - und -Helferinnen;
- 17,0 % haben keine Krankenpflegeausbildung;
- 16,8 % befinden sich noch in der Ausbildung.
- Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.
- Von den 542 Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten haben nur 26,4 % eine abgeschlossene beschäftigungstherapeutische Ausbildung. Hier wirkt sich der Mangel an Ausbildungsstätten aus. Es gibt bis heute nur 7 in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Fachabteilungen (s. A. 4; B. 3.3)

Der Weg, psychisch Kranke wie körperlich Kranke in Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern zu behandeln, ist bislang in der Bundesrepublik Deutschland bedauerlicherweise nur vereinzelt beschriftet worden. Es gibt lediglich 44 Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychiatrie/Neurologie mit insgesamt 3 164 Betten. Die meisten dieser Abteilungen versorgen neurologische und psychiatrische Patienten. Sie stehen daher zur Versorgung psychisch Kranker nur teilweise zur Verfügung. Von diesen Einrichtungen werden jährlich 26900 Patienten aufgenommen, darunter 13800 Erstaufnahmen. Die Verweildauer ist in Fachabteilungen z. T. auch wegen der anderen Zusammensetzung der Patienten deutlich geringer als in den psychiatrischen Krankenhäusern. 83 % der Patienten waren kürzer als zwei Monate, nur 5 % länger als ein Jahr in den Fachabteilungen.

Die regionale Verteilung der Abteilungen ist sehr unterschiedlich. Für weite Gebiete haben sie überhaupt keine Bedeutung. 50 % der Fachabteilungen stehen in Nordrhein-Westfalen. Ihre Anzahl ist zu gering, ihre gegenwärtige Struktur für eine umfassende Versorgung psychisch Kranker unzureichend.

c) Psychiatrische Universitätskliniken (s. B. 3.3.2)

23 psychiatrische Universitätskliniken mit insgesamt 3507 Betten nehmen an der Versorgung teil. Dabei ist der relative Anteil an stationären Aufnahmen und an ambulanter Versorgung hoch. 87 % der Patienten befanden sich am Stichtag weniger als 12 drei Monate, nur 1 % dagegen länger als ein Jahr in den Universitätskliniken.

d) Stationäre psychotherapeutisch/ psychosomatische Einrichtungen (s. B. 4.2.4)

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es – wie eine gesonderte Umfrage 1974 ergab – 40 psychotherapeutisch/ psychosomatische Krankenhäuser bzw. Abteilungen. Sie verfügen über 2253 Behandlungsplätze (Betten). Davon sind 204 bereits in der Erhebung der Sachverständigen – Kommission erfasst. 1773 Betten befinden sich in 20 selbständigen psychotherapeutisch/ psychosomatischen Krankenhäusern. 480 Betten stehen in 20 psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen. Die Behandlungsdauer beträgt im Allgemeinen sechs bis acht Wochen. Wenn auch der Schwerpunkt der psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung im ambulanten Sektor liegt, besteht ein Fehlbedarf an stationären Einrichtungen für bestimmte Patientengruppen. Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist im Ganzen unzureichend und regional sehr unausgewogen.

3.4 Halbstationäre Dienste (5. B. 3.3)

Halbstationäre Dienste – Tages- und Nachtkliniken – sind wichtige Einrichtungen für die Verbesserung der Wiedereingliederungsschancen sowie für die Vermeidung und Abkürzung der Vollhospitalisierung. Obgleich ihre Vorzüge seit langem bekannt sind, haben sie sich bislang in der Bundesrepublik Deutschland nur vereinzelt durchgesetzt. Dies hat im Wesentlichen zwei Ursachen:

- die Kostenregelung ist noch nicht überall zufriedenstellend gelöst,*
- die gemeindeferne Lage vieler großer psychiatrischer Krankenhäuser erschwert die Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, da deren Patienten auf kurze Wege zwischen Klinik und Wohnung oder Arbeitsstätte angewiesen sind.*

3.5 Besondere Alters- und Patientengruppen

a) Kinder und Jugendliche (B. 3.7.1)

27 % der Bevölkerung sind Kinder und Jugendliche im Alter bis zu 18 Jahren. Mehrere Untersuchungen haben gezeigt, dass bei 20 · bis 25 % aller Schulkinder Auffälligkeiten im Verhalten festzustellen sind, die in irgendeiner Form der Klärung bedürfen. Ein im Rahmen der Enquete durchgeführtes Projekt ergab zusätzlich, dass in einer Großstadt 31 % der Kinder eines Schulanfängerjahrganges Auffälligkeiten und Leistungsbeeinträchtigungen zeigten:

- 16,3 % wurden im 1. Schuljahr erheblich auffällig;*
- 6,0 % wurden vom Schulbesuch zurückgestellt;*
- 8,1% wurden einer Sondereinrichtung zugeleitet.*

Diese Zahlen weisen auf einen beträchtlichen Bedarf an beratender, ambulanter und stationärer Behandlung hin, der - wie die entsprechenden Untersuchungen ebenfalls gezeigt haben - auch nicht annähernd gedeckt ist.

Im ambulanten Bereich wird die erforderliche multidisziplinäre Versorgung gegenwärtig zumindest teilweise von den Erziehungsberatungsstellen geleistet.

In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 1973 in der Bundesrepublik Deutschland 375 Beratungsstellen für Kinder, Jugendliche und Eltern erfasst. Davon wurden 75 % von klinischen Psychologen geleitet und 25 % von Ärzten. Jede dritte verfügte nicht über die erforderliche Mindestbesetzung von drei Fachkräften, 13 % wurden nur nebenamtlich geführt. Auf eine Arbeitsgruppe entfallen 200 000 Einwohner statt der in älteren Richtlinien der WHO geforderten 50000 Einwohner.

Die Zahl von 286 Psychagogen (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) ist nicht ausreichend, zu bemängeln ist ferner, dass die elf Ausbildungsstätten insgesamt jährlich nur durchschnittlich 32 Ausbildungsabschlüsse melden können.

Auch in der stationären Versorgung zeigt sich, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie eine verhältnismäßig eigenständige Disziplin ist. Ein einigermaßen strukturiertes Versorgungssystem ist auch in Ansätzen nicht zu erkennen. Der Nachholbedarf ist hier besonders gravierend.

Bei der Erhebung der Sachverständigen-Kommission konnten von den vorhandenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen nur 17 mit insgesamt 3 725 Betten erfasst werden. Bei fünf dieser Einrichtungen handelte es sich um Fachabteilungen, bei 12 um Fachkrankenhäuser der unterschiedlichsten Art und Größe.

Eklantant ist der Mangel an Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bislang sind bei einem langfristigen Bedarf von etwa 1 700 nur 113 Facharztanerkennungen ausgesprochen worden, Nur 28 Ärzte haben eine Praxis eröffnet.

Die Versorgungslücke im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich ist vor allem auch deshalb folgeschwer, weil hierdurch präventive Maßnahmen, unter anderem auch Früherkennung und Frühbehandlung zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden, weitgehend unterbleiben. Es gibt neben einzelnen Abteilungen und Ambulanzen mit entsprechenden Aufgaben nur drei große selbständige Früherkennungszentren in der Bundesrepublik Deutschland.

b) Psychisch kranke alte Menschen (s. B. 3.7.2)

Obwohl rd. 20 % aller hospitalisierten Patienten 65 Jahre und älter sind und obwohl psychische Störungen des höheren Lebensalters mit 20 bis 30 % neben den Suchtkrankheiten und der Schizophrenie an der Spitze der Aufnahmediagnosen in den psy-

chiatrischen Krankenhäusern stehen, ist es zu einem bedarfsgerechten, übergreifenden Aufbau eines gerontopsychiatrischen Versorgungssystems bislang nicht gekommen. Ungelöst ist vor allem das Problem einer sachgerechten Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen klinischen Institutionen und Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe.

Die starke Zunahme alter Patienten in den letzten Jahren ist zu erklären durch die veränderten Lebensbedingungen und die höhere Lebenserwartung. Der Anteil der über 65jährigen an der Bevölkerung steigt. Heute ist jeder achte Bundesbürger über 65 Jahre, 1980 wird jeder siebte dieses Alter erreicht haben.

Feldstudien zeigen, dass an einem bestimmten Stichtag etwa 25 bis 30 % der über 65jährigen an psychischen Störungen im weitesten Sinne leiden. Nach einer sehr groben Schätzung bedarf jedoch nur 1 % klinischer Behandlung. Bei etwa 14 % sind ambulante Diagnostik und Therapie erforderlich. Das - auch bei vielen Ärzten - noch immer herrschende Defizit-Modell von der Unheilbarkeit psychischer Altersleiden und der damit verbundene therapeutische Nihilismus führen dazu, dass die heute möglichen Behandlungschancen nur sehr ungenügend genutzt werden.

Unter der schlechten Kooperation zwischen klinischen und sozialen Diensten haben die alten Menschen besonders zu leiden. So wurde in einer nordrhein-westfälischen Erhebung nachgewiesen, dass die Hälfte aller über 65jährigen Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern psychiatrischer Pflege nicht mehr bedürftig war und genauso gut oder besser in Heimen betreut werden könnte, dass aber andererseits ein Viertel der Bewohner von Altenheimen und Altenkrankenheimen psychiatrischer Behandlung bedurfte, diese aber dort nicht erhielt. Diese Fehlplacierung ist darauf zurückzuführen, dass eine bedarfsgerechte Verteilung psychisch kranker alter Menschen auf die verschiedenen

Behandlungsdienste bis heute nicht erfolgt. Die quantitativen Mängel im Bereich der Alterspsychiatrie (es fehlen gerontopsychiatrische Kliniken, ambulante Dienste, Tagesstätten, geeignete Krankenhäuser und Personal) werden noch durch den qualitativen Mangel an Kooperation der vorhandenen Dienste in unnötiger Weise zum Schaden der psychisch kranken alten Menschen verschärft. Der Weg in die Psychiatrie wird dadurch für sie allzu häufig zur Sackgasse.

c) Suchtkranke (s. B. 3.9.1)

Der Alkohol- und Drogenmissbrauch hat in den letzten Jahren in der Bundesrepublik Deutschland in besorgniserregendem Maße zugenommen. Rechnete man 1969 noch mit 600000 Alkoholkranken, so muss jetzt von 1,2 bis 1,8 Millionen - das sind 2 bis 3 % der Bevölkerung - ausgegangen werden. Der jährliche Pro-Kopf-Verbrauch an reinem Alkohol stieg von 3,2 Liter im Jahre 1950 auf 12,2 Liter im Jahre 1973. Alkohol- und Drogenabhängige stellen inzwischen 30 % der Aufnahmen der psychiat-

rischen Krankenhäuser. Die Zahl der Alkoholdelirien, welche in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen wurden, stieg innerhalb weniger Jahre um 700 % an. Jüngere Menschen und Frauen sind zunehmend gefährdet.

In der Drogen-Szene hat zwar, die Zahl der Probierer und Gelegenheitskonsumenten abgenommen.

Doch hat der harte Kern der Rauschmittelabhängigen eher zugenommen. Es muss mit etwa 10000 jugendlichen Suchtkranken und etwa 40 000 Rauschmittel- Dauerkonsumenten gerechnet werden. Bedeutsam ist der Trend zum kombinierten Gebrauch von Rauschmitteln mit Alkohol, sowie der Anstieg des Konsums "harter" Drogen, vor allem von Heroin.

Vor diesem Hintergrund wirken die nachfolgenden Mängel in der Versorgung alarmierend:

- der stationäre Bedarf ist in keiner Weise gedeckt. 31 Fachkliniken (ehemalige Heilstätten) mit 3 000 Betten und 46 Suchtstationen an psychiatrischen Krankenhäusern mit 3 227 Betten sind hoffnungslos überfordert, zumal sie wegen der schlechten Versorgung die Patienten meist erst dann in Behandlung bekommen, wenn diese bereits stark geschädigt sind.

- die internistischen Abteilungen, die meist in den frühen Entwicklungsstadien die erste stationäre Behandlung durchführen, beschränken sich auf die körperliche Entziehung und entlassen die Patienten, ohne dass ein therapeutischer Einfluss auf die noch bestehende psychische Abhängigkeit erfolgt. Das führt zu Rückfällen und weiterem Abstieg.

- Fachambulanzen für Vor- und Nachsorge fehlen. Die Situation im ambulanten Bereich muss trotz der Aktivität zahlreicher Institutionen und Selbsthilfegruppen als weitgehend unzureichend bezeichnet werden.

- Auch halbstationäre Dienste - wichtig für die Stabilisierung nach klinischer Behandlung fehlen. Das gleiche gilt für Übergangsheime.

3.6 Soziale Randgruppen (Risikogruppen) (s. B. 2.2)

Die sozialen Randgruppen (sozial desintegrierte Einzelpersonen und Familien, verarmte Familien in Notunterkünften und Slums, Nichtsesshafte, Obdachlose usw.) sind eine bislang medizinisch, sozialpädagogisch, psychotherapeutisch und psychiatrisch völlig vernachlässigte Gruppe. Sie weist ein besonders hohes Risiko für psychische Erkrankungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen und Behinderungen auf. In der Verschränkung von sozialen, wirtschaftlichen und seelischen Belastungen

findet sich bei ihr ein hohes Ausmaß an Alkoholismus, Familienzerfall, Delinquenz, Dissozialität und psychischen Krankheiten. Es muss als Mangel festgestellt werden, dass dem Problem der sozialen Randgruppen nicht mit dem notwendigen Einsatz der zur Verfügung stehenden Erkenntnisse, sowie der Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten von Psychologie, Sozialpädagogik, Psychotherapie und Psychiatrie begegnet wird.

3.7 Versorgung geistig Behinderter (s. B. 3.8)

Ein zusammenhängendes System kooperierender Einrichtungen zur Versorgung geistig Behinderter besteht in der Bundesrepublik Deutschland nicht. Exakte Daten über die Anzahl der Behinderten - insbesondere über die Betreuungsbedürftigen - fehlen. Es wird damit gerechnet, dass 6 von 1 000 Einwohnern geistig behindert sind, also etwa 360 000 Personen. Knapp ein Zehntel der geistig Behinderten (0,55 pro 1 000 bzw. 34000) ist schwerst- und mehrfach behindert und bedarf im Allgemeinen der stationären Dauerunterbringung.

Die gegenwärtige stationäre Versorgung ist völlig unzureichend. Die entsprechenden Einrichtungen sind überbelegt. Ein besonderes Problem stellen die rd. 17 500 geistig Behinderten dar, welche in den psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind. Diese Einrichtungen können die notwendigen heil- und sozialpädagogischen Förderprogramme nicht zureichend anbieten. Der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl aller 94 200 Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern beträgt im Bundesdurchschnitt 18,5 %. Er ist jedoch in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich:

Nordrhein-Westfalen	25,1 %
Hessen	21,3 %
Schleswig-Holstein	21,2 %
Saarland	20,5 %
Rheinland-Pfalz	17,3 %
Niedersachsen	17,0 %
Bremen	13,5 %
Bayern	13,0 %
Berlin	11,9 %
Baden-Württemberg	9,6 %
Hamburg	5,4 %

In der Erhebung der Sachverständigen-Kommission wurden 93 Heime und Anstalten mit jeweils über 100 Betten festgestellt. In diesen Einrichtungen leben weitere rd. 36000 geistig Behinderte und chronisch psychisch Kranke.

Ein gefächertes Wohnangebot für die verschiedenen Schweregrade geistiger Behinderung ist bisher nur modellhaft an verschiedenen Stellen in Entwicklung. Es fehlt an Vorsorgeeinrichtungen zur Früherkennung sowie Frühdiagnose und Frühtherapie.

Ferner fehlen ambulante Hilfen für Familien, die geistig Behinderte zu Hause behalten oder aufnehmen. Erfreulich ist der starke Anstieg bei der Errichtung neuer Werkstätten für Behinderte in den letzten Jahren. Dennoch muss darauf hingewiesen werden, dass die festgestellten 234 Werkstätten mit insgesamt 17758 Behinderten (Stand 1973) den Mindestbedarf von einem Werkstattplatz pro 1 000 Einwohner (61 000 Werkstattplätze in der Bundesrepublik Deutschland) bei weitem noch nicht erfüllen. Rund 60 der in den Werkstätten Beschäftigten waren unter 25 Jahre alt.

3.8 Komplementäre Dienste (s. B. 3.4)

Heime, Einrichtungen für Schwerst- und Mehrfachbehinderte, sonstige beschützende Wohnangebote, Tagesstätten und Patientenclubs für nicht-krankenhausbedürftige psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte sind als komplementäre Dienste wichtiger Bestandteil des Gesamtversorgungssystems. Sie entlasten den klinischen Bereich, ermöglichen oder fördern die Wiedereingliederung und geben den Personen, die zwar nicht krankenhausbedürftig sind, aber eines beschützenden Lebensraums bedürfen, bessere Entfaltungsmöglichkeiten.

In diesem Versorgungssektor fehlen gesicherte Daten über Anzahl der Angebote, sowie über Diagnose, Alter, Herkunft und Fluktuation ihrer Bewohner. Das Bedarfsdefizit ist in jedem Fall an den vorangegangenen Abschnitten dargestellt - außerordentlich bedrückend, lässt sich jedoch nicht exakt umreißen. Der Mangel an Planung in dieser Grauzone und die daraus erwachsenen Versorgungslücken beeinträchtigen die Versorgung an Patientengruppen und Behinderten schwerwiegend. Kritisch vermerkt werden müssen außerdem die qualitativen Mängel mancher Heime. Viele Heime, in denen ehemalige - meist ältere - Patienten psychiatrischer Krankenhäuser betreut werden, sind unzureichend ausgestattet und verfügen nicht über ausreichend qualifiziertes Personal.

3.9 Fehlplatzierung und Koordination (s. B. 3.3.1 ; B. 6)

Das Versorgungssystem für psychisch Kranke und geistig Behinderte ist unkoordiniert gewachsen. Stationäre, komplementäre und ambulante Dienste werden von einer Vielzahl voneinander unabhängiger staatlicher, kommunaler, caritativer und privater Träger betrieben. Psychisch Kranke und geistig sowie seelisch Behinderte stehen im Schnittpunkt der Kompetenzen mehrerer großer Verwaltungsbereiche, nämlich der Gesundheitsfürsorge, der Sozialhilfe, der Jugendhilfe und der Arbeitsverwaltung.

Weder die Träger noch die Verwaltungen haben bislang Koordinationsformen entwickelt, die den besonderen Bedürfnissen dieses großen Personenkreises auch nur in etwa gerecht würden. Dieser Mangel an Koordination stellt ein Kernproblem der gegenwärtigen Versorgung dar.

Eine verhängnisvolle Folge des planlosen Nebeneinanderher- Arbeitens nahezu aller Dienste und Verwaltungen ist die Fehlplacierung. Besonders drastisch nachgewiesen wurde sie in einer Studie über psychisch gestörte alte Menschen in Nordrhein-Westfalen, die ergab, dass 50 % der über 65jährigen Patienten der psychiatrischen Krankenhäuser nicht mehr psychiatrisch behandlungsbedürftig waren und besser in Heimen betreut werden könnten. Fehlplaziert sind ferner die meisten der über 17 000 geistig Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaziert sind Alkoholsüchtige auf internistischen Stationen. Fehlplaziert sind nicht-krankenhausbedürftige chronisch Kranke in psychiatrischen Krankenhäusern. Fehlplaziert sind viele psychosomatisch Kranke in inneren Kliniken.

Das "Misplacement" durchzieht das gesamte Versorgungssystem und charakterisiert den erheblichen Rückstand in Planung und Koordination drastischer als jedes andere Phänomen.

3.10 Aus-, Weiter- und Fortbildung

Neben einer ausreichenden Quantität der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen - die gegenwärtige Situation lässt bei einzelnen Berufen in unterschiedlichem Ausmaß einen unabgedeckten Bedarf erkennen (s. A.4, G.) - ist deren Qualifikation von entscheidender Bedeutung. Diese Qualifikation hängt im Wesentlichen von Art und Ausmaß des Angebotes an Aus-, Weiter- und Fortbildungsgängen für alle an der Versorgung Beteiligten ab. Die Grundausbildungen bei vielen, primär nicht auf dem Bereich der Psychiatrie bzw. Psychotherapie/Psychosomatik spezialisierten Berufen berücksichtigten bisher nicht ausreichend die für eine spätere Tätigkeit in diesen Bereichen erforderlichen Belange. Mit Ausnahme der ärztlichen Weiterbildung fehlt es weitgehend an Weiterbildungsmöglichkeiten. Besonders gravierend ist der Mangel an systematischen Fortbildungsmöglichkeiten.

Bestehende Aus-, Weiter- und Fortbildungsgänge sind lückenhaft und unausgewogen. In den Bildungsgängen vieler medizinischer Berufe stehen oft einseitig die biologischen Gesichtspunkte im Vordergrund unter Vernachlässigung der psychologischen und der sozialen Aspekte der psychischen Störungen und Behinderungen sowie deren Beeinflussungsmöglichkeiten.

Vielfach erfolgen Aus- und Weiterbildung zu wenig praxisbezogen. Viele für die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter unerlässliche Fähigkeiten und Kenntnisse können aber nur im - die Ausbildung begleitenden - täglichen Umgang mit diesen Patienten erworben werden.

Im Hinblick auf die psychotherapeutisch/psychosomatischen Bedürfnisse führen die gegenwärtigen Ausbildungsmängel zu erheblichen Konsequenzen in der Versorgung. In den Curricula der Ausbildungsgänge für Angehörige aller Berufsgruppen, die mit medizinischen, psychologischen, pädagogischen und sozialen Methoden präventive,

beratende und therapeutische Aufgaben zu bewältigen haben, ist das hierzu erforderliche psychosoziale Grundlagenwissen bisher nicht genügend berücksichtigt worden. Besonders für diese Gruppen fehlen Fortbildungsmöglichkeiten, da ein täglicher Umgang mit psychosozialen Konflikten besser bewältigt werden kann bei ausreichenden Angeboten am Ort der Berufsausübung mit der Möglichkeit zu Erfahrungsaustausch und Supervision. Weiterbildungsgänge für Psychotherapie und Psychosomatik sind erst in Ansätzen (z. B. in der Medizin) verwirklicht und fehlen in anderen Bereichen ganz, außerdem ist ein erheblicher Mangel an Institutionen der Weiterbildung zu verzeichnen (s. C. 4).

Die bestehenden Mängel und Versäumnisse in der Aus-, Weiter- und Fortbildung der für die Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten verantwortlichen Personen haben deswegen besonders schwerwiegende Auswirkungen und Folgen, weil sie nicht durch Sofortmaßnahmen ausgeglichen oder behoben werden können und sich daher besonders nachhaltig und langfristig auswirken.

B. Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

1 Notwendigkeit und Ziele der Reform (5. B. 1)

Die Mängel in der Versorgung sind schwerwiegend. Sie erfordern eine Neuordnung. Durch diese muss erreicht werden;

- dass psychische Krankheiten und Behinderungen früh genug erkannt und beeinflusst werden, um schwerwiegende Beeinträchtigungen nach Möglichkeit abwenden zu können;
- dass bei Behandlungsbedürftigkeit durch ambulante und komplementäre Angebote die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthalts verringert wird ;
- dass die Ausgliederung der Kranken und Behinderten aus ihren Lebensbereichen vermieden wird;
- dass die psychiatrischen Krankenhäuser Personen, baulich und organisatorisch in die Lage versetzt werden, Krankheit und Behinderung tatsächlich zu lindern oder zu beheben.

2 Grundsätze und Leitlinien (5. B.1; B. 3.1)

2.1 Bedeutung sozialer Einflüsse/Prävention

Die Entstehungsbedingungen psychischer Krankheiten und die Umstände, welche zu ihrer Chronifizierung beitragen können - vor allem in den Bereichen der Erziehung, der Arbeit und des Wohnens - machen es erforderlich:

- solchen Zusammenhängen sowie

- den Fragen und Möglichkeiten der Prävention fortschreitend nachzugehen und
- Erkenntnisse darüber an die Betroffenen, an Institutionen und die Entscheidungsinstanzen zu vermitteln.

2.2 Aufklärung der Öffentlichkeit!

Schulung der Bezugspersonen (s. A. 3) Die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Gesundheit muss intensiviert werden. Berufsgruppen, die häufig als erste mit psychisch Gestörten konfrontiert werden, müssen geschult werden, damit sie rechtzeitig Hilfe einleiten können.

2.3 Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen (s. B. 2.1)

Die Vorsorge im Sektor der psychischen Gesundheit muss bereits im Vorfeld fachtherapeutischer Dienste einsetzen. Um die Prävention hier voll auszuschöpfen, müssen

- pädagogische, sozialtherapeutische und beratende Dienste
- sowie Selbsthilfegruppen der Betroffenen planmäßig gefördert werden.

2.4 Berücksichtigung aller psychisch Kranken, Behinderten und von Behinderung Bedrohten (s. B. 3.1.1)

Die psychiatrische und psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung muss als ein umfassendes Angebot allen von psychischer Krankheit oder von Behinderung Betroffenen und Bedrohten zur Verfügung stehen. Dieses Prinzip der umfassenden Versorgung bedingt, dass der Bedarf einer in Frage kommenden Personengruppen innerhalb eines überschaubaren Versorgungsgebietes von Diensten jeglicher Art befriedigt wird.

2.5 Aufbau eines bedarfsgerechten Versorgungssystems *)

Ein umfassendes, bedarfsgerechtes Versorgungssystem muss für Vor- und Nachsorge sowie für klinische Behandlung innerhalb eines bestimmten Versorgungsgebietes folgende Dienste anbieten:

- Beratungsdienste;
- ambulante Dienste (niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, ambulante Dienste der Krankenhauseinrichtungen und andere Institutionen);
- stationäre Dienste (Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, Fachkrankenhäuser);

- *halbstationäre Dienste (Tages- und Nachtkliniken) ;*
- *komplementäre Dienste (Übergangsheime, Wohnheime, Einrichtungen für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte, beschützende Wohnungen, Tagesstätten, Patientenclubs) ;*
- *rehabilitative Dienste (Werkstätten für Behinderte, beschützende Arbeitsplätze, Berufsbildungs- und Förderungswerke).*

2.6 Koordination und Zusammenarbeit Planung / Datensammlung (s. B. 6)

Die Planung des Versorgungssystems liegt in der Kompetenz der Länder. Die Koordination und Zusammenarbeit der Dienste muss durch Institutionen auf der Ebene der Kommunen und Kreise garantiert werden. Für den Aufbau einer sachgerechten Planung ist die Sammlung und Auswertung aller relevanten Daten unerlässlich.

Die Kooperation und Koordination aller Dienste ist vor allen Dingen erforderlich, um

- *die Fehlplacierung zu vermeiden,*
- *Doppel- und Mehrfachbetreuungen zu verhindern,*
- *die Kontinuität der Behandlung sicherzustellen,*
- *Lücken im Versorgungssystem durch einen kontinuierlichen, flexiblen Anpassungsprozeß zu schließen.*

2.7 Gemeindenahe Versorgung (s. B. 1; B. 3.1)

Alle Dienste müssen gemeindenah eingerichtet werden. Insbesondere können' halbstationäre, komplementäre und rehabilitative Dienste nur erfolgreich arbeiten, wenn sie sich in unmittelbarer Nähe von Arbeitsstätten, Wohngebieten, Sozialeinrichtungen und Behörden befinden. Die Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in Einrichtungen, die in zu großer Entfernung von ihrem Lebensbereich liegen, ist nur dort gerechtfertigt, wo spezialisierte Behandlungs- und Rehabilitationsangebote großräumig konzentriert werden müssen.

Beim Prinzip der gemeindenahen Versorgung müssen die unterschiedlichen Bedingungen in ländlichen Gebieten und in Ballungsräumen berücksichtigt werden.

2.8 Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser (s. B. 3.1)

Die großen psychiatrischen Krankenhäuser müssen verkleinert oder in überschaubare Abteilungen (Funktionsbereiche) aufgegliedert werden, weil

- ihre ungünstige Lage und die Größe ihrer Aufnahmebezirke es ihnen erschwert, sich überall in ihrem Einzugsgebiet an der gemeindenahen Versorgung zu beteiligen,
- die Verweildauer mit der Distanz zwischen Wohnort und Behandlungsort steigt und die Wiedereingliederungschancen entsprechend sinken,
- mit dem Ansteigen der Verweildauer das Risiko des Hospitalismus wächst.

2.9 Getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig Behinderte (s. B. 3.1)

Die Versorgung psychisch Kranker und erwachsener geistig Behinderter muss getrennt werden. Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen. Das Krankenhaus ist für ihre Behandlung und Betreuung prinzipiell nicht geeignet. Die Behinderten bedürfen vielmehr überwiegend solcher Einrichtungen, die folgendes bieten:

- beschützende Wohnsituation mit angemessenem Freiheitsraum,
- heilpädagogische, sozialtherapeutische und rehabilitative Versorgung,.
- beschützende Werkstätten,
- ärztlich-psychiatrischen Konsiliardienst.

Die Entwicklung eines eigenständigen Versorgungssystems für geistig und seelisch Behinderte ist vorrangig. Die Vernachlässigung dieser Gruppen kann nicht länger hingenommen werden. Der Aufbau von komplementären Diensten (Heimsektor) für Behinderte ist durch Gesetz zu regeln.

2.10 Zusammenwirken aller beteiligten Berufsgruppen (s. B. 3.1)

Die Notwendigkeit multidisziplinärer Zusammenarbeit in psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Fachdiensten muss bei der Organisation der Institutionen berücksichtigt werden. Wesentlich stärker als im Bereich der Allgemeinmedizin bestimmen soziale und psychologische Faktoren den Charakter vieler - gerade auch chronisch verlaufender - psychischer Krankheiten. Ihre Bedeutung für Manifestation, Verlauf und Prognose sind daher in alle diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen mit einzubeziehen. Medizinische, psychologische, psychotherapeutische, soziale und heilpädagogische Hilfen müssen sich gegenseitig ergänzen. Sie bilden bei der Behandlung psychisch Kranker und Behinderter eine Einheit. Die Gegenüberstellung einer „medizinischen“ und einer „sozialen“ Psychiatrie ist unangemessen.

2.11 Gleichstellung psychisch und somatisch Kranker (s. B. 3.1)

Der psychisch Kranke muss dem körperlich Kranken gleichgestellt werden. Alle noch bestehenden Benachteiligungen in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht müssen beseitigt werden.

2.12 Die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung (s. B. 3.1.3)

Die stationäre Versorgung psychisch Kranker und Behinderter muss grundsätzlich ein Teil der Gesamtmedizin sein. Ihre Gesamtversorgung ist in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsfürsorge einzugliedern. Diese Integration in die Gesamtmedizin bildet eine unabdingbare Voraussetzung für die Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

2.13 Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung (s. C.)

Alle Reformbestrebungen müssen Hand in Hand gehen mit einer planmäßigen Aus-, Weiter- und Fortbildung aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Die Verbesserung der Qualifikation der in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter Tätigen ist eine unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Reformen.

2.14 Intensivierung und Förderung der Forschung (s. F)

Voraussetzung für die Verbesserung des Versorgungssystems und der Behandlungsmöglichkeiten ist eine planmäßige Intensivierung und Förderung der Forschung im Bereich der Psychiatrie und der Psychotherapie/Psychosomatik.

Quelle: Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200.

9. Wall of Fame – Berühmte Köpfe der Psychiatrie

An der Entwicklung der Psychiatrie als Wissenschaft haben die verschiedensten Persönlichkeiten mit Beiträgen zu den unterschiedlichsten Fachgebieten mitgewirkt. Während sich die einen der Erforschung einzelner Krankheitsbilder widmeten, verschrieben sich andere den Theorien zur Entstehung von psychischen Krankheiten oder setzten sich mit den Mechanismen des menschlichen Verhaltens und Erlebens auseinander. Jeder von ihnen hat maßgeblich dazu beigetragen, dass psychische Störungen heute nicht mehr ein Leben ohne Hoffnung bedeuten. Ihnen ist zu verdanken, dass es dank moderner Diagnostik und Therapie hohe Heilungschancen gibt. Dass Leben mit der Diagnose „Psychisch krank“ weiterhin auch lebenswert ist. Einige ausgewählte „Köpfe“ möchten wir Ihnen hier vorstellen – und an dieser Stelle auch den Nichtgenannten unsere Anerkennung und unseren Respekt aussprechen.

9.1 Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Bekannt wurde der in Paris geborene Jean-Martin Charcot durch seine Arbeiten über die Anatomie und Pathologie – dem Aufbau und die krankhaften Veränderungen des menschlichen Nervensystems. Aufgrund seiner Forschungsergebnisse, zu denen auch die Abgrenzung von Multipler Sklerose und Parkinson als eigenständige Krankheiten zählen, gilt Charcot gemeinsam mit Guillaume-Benjamin Duchenne als Begründer der modernen Neurologie. Nach seinem Medizinstudium an der Sorbonne arbeitete Charcot zunächst als niedergelassener Arzt, erhielt dann aber 1862 die Stelle als Chefarzt am Pariser Hôpital Salpêtrière, der zur damaligen Zeit bekanntesten psychiatrischen Einrichtung in Europa. Nachdem man ihm bereits 1872 die Professur für pathologische Anatomie an der Sorbonne übertragen hatte, wurde für ihn zehn Jahre später im Hôpital Salpêtrière der erste Lehrstuhl für Nervenkrankheiten weltweit eingerichtet. Wie gesagt, bekannt wurde Charcot als Neurologe – wirklich berühmt wurde er jedoch durch seine Arbeiten über die „Hysterie“, die man heute als dissoziative Störung bzw. histrionische Persönlichkeitsstörung bezeichnet. Sigmund Freud, der mehrere Monate bei ihm hospitierte, bezeichnete Charcots Vorlesungen als Ausgangspunkt für die Psychoanalyse. In seinen aufsehenerregenden „Leçons du mardi“ versetzte er an „Hysterie“ erkrankte Patientinnen vor einem Publikum, das aus internationalen Persönlichkeiten der Ärzteschaft, Journalisten und Künstlern bestand, in Hypnose, um Aufschluss über die Ursachen ihrer Erkrankungen zu erlangen.

Eine hysterische Hemiplegie (1886)

Vorgeschichte der Kranken, – Nächtliches Trauma ohne materielle Läsion – Plötzliches Auftreten einer Hemiplegie am nächsten Tage ohne celebrale Vorboten, – Charaktere der Lähmung: Muskelschlaffheit, Anästhesie, Verlust des Muskelsinnes. – Fehlen einer Mitbeteiligung der Gesichtsmuskulatur. – Ausschließung einer organischen Ursache für diese assoziierte Monoplegie. – Heilung durch einmalige Faradisation.

Meine Herren! Vor vier Tagen stellte sich in unserer Dienstagsambulanz ein Fall von plötzlich entstandener motorischer Lähmung vor, welchen ich Ihrer Aufmerksamkeit würdig glaube. Da die Erscheinungen, welche die Kranke bietet, von einem Augenblick zum anderen schwinden können, habe ich es für geraten gehalten, Ihnen die Kranke gleich heute vorzuführen.

Die 19jährige Henriette A ..., Wäscherin auf einem der Boote auf der Seine, erfreut sich für gewöhnlich einer guten Gesundheit. Ihr Vater, ein Brillenglasschleifer, gegenwärtig 50 Jahre alt, hat vor einiger Zeit einen apoplektischen Anfall erlitten, von dem ihm eine linksseitige Hemiplegie zurückblieb; er wird auch häufig von Ohnmachten befallen. Ihre Mutter und Schwester zeigen keine nervösen Erscheinungen.

Was unsere Kranke selbst betrifft, so ist zu bemerken, dass sie im Alter von 16 Jahren Scharlach überstand und dann in der Rekonvaleszenz von nervösen Anfällen befallen wurde, die nach ihrer Mitteilung die folgenden Eigentümlichkeiten hatten: Keine Aura, Bewusstlosigkeit, keine Zuckungen der Extremitäten, beim Erwachen das Gefühl einer Kugel in der Magengrube und Weinkrampf. Zungenbiss und unwillkürlicher Harnabgang kamen während dieser Anfälle niemals vor. Diese nervösen Zustände hielten etwa ein Jahr lang, von ihrem 16. bis zu ihrem 17. Jahre an; die Menstruation war während dieser Zeit sehr unregelmäßig, ist aber, seitdem die Kranke 17 Jahre alt wurde, in jeder Hinsicht normal geworden. Die Kranke hat ferner nie an Rheumatismus gelitten und zeigt keine Symptome eines Herzleidens.

Nachdem Sie nun, meine Herren, die Vorgeschichte dieser Kranken kennen, will ich Ihnen mitteilen, unter welchen Verhältnissen das gegenwärtige Leiden bei ihr auftrat. In der Nacht des 29. Novembers brach, während sie schlief, ein über ihrem Bette befindliches Brett ab und fiel mitsamt den Gegenständen, die draufstanden, auf ihren Kopf. Sie schreckte aus dem Schlafe auf, entsetzt über das Geräusch und den unerwarteten Schlag, war den Rest der Nacht hindurch sehr aufgereggt und konnte nicht wieder einschlafen. Wir müssen aber bemerken, dass das herab fallende Brett der Henriette A. auch nicht den geringsten Schaden zugefügt hatte, und dass sie nach ihrer eigenen Versicherung auch nicht die Spur einer Contusion zeigte. Nur die Regeln, welche sie erst einige Tage später erwartet hatte, traten noch im Laufe derselben Nacht ein.

Am nächsten Tag, dem 30. November, erhob sie sich wie gewöhnlich, ging auf das Boot und arbeitete wie alltätlich, ohne etwas Besonderes zu verspüren. Gegen 7.30 Uhr abends aber, als sie mit ihrem Eimer in der Hand schöpfen ging, knickte sie auf der rechten Seite plötzlich zusammen, konnte sich nicht mehr erheben, ihr rechtes

war zu schwach geworden, um sie zu tragen, und der war der rechten Hand, die ihn nicht mehr zu halten mochte, entfallen und weit weggerollt. Dabei war das Bewusstsein ungestört, sie rief Leute herbei, um sie ihre Schwäche merkte, hatte kein Betäubung, keine Spur von Krämpfen, kurz Phänomene. Die Lähmung betraf das rechte rechte Arm, aber nicht die ich hebe. diesen Punkt hervor, um ihn Aufmerksamkeit zu empfehlen. Ihre dass man sie im Wagen ins Haus ihrer

An den folgenden Tagen, am 1., 2. und 3. Dezember besserte sich die Lähmung des echten Beins allmählich um ein Geringes, doch musste die Kranke noch am letzten Dienstag, als sie unsere Konsultation externe aufsuchte, einen Wagen gebrauchen und bedurfte einer kräftigen Unterstützung, um bis in den Saal zu gelangen.

Während der vier Tage, welche seither hat die Besserung noch weitere Fortschritte gemacht. Sie werden sich überzeugen können, dass die Beweglichkeit des rechten Beines in erheblichem Grade wiederhergestellt ist.

Sie kennen nun, meine Herren, die Verhältnisse, unter denen die Hemiplegie bei unserer Kranken auftrat, und es ist Zeit, das Studium der Charaktere, durch welche jene sich auszeichnet, in Angriff zu nehmen.

Untersuchen wir zunächst, wie sich gegenwärtig die Motilität verhält: Die obere Extremität hängt vollkommen schlaff und entspannt herab und fällt als Ganzes nieder, wenn man sie aufhebt. Dies ist der Eindruck, den die Extremität im Allgemeinen macht; geht man aber näher ein, so findet man, dass die Beweglichkeit doch in einzelnen Muskeln erhalten ist, während allerdings die Mehrzahl der Muskeln am Ober- und Vorderarm dieselbe eingeüsst haben. So kann der Vorderarm noch gestreckt werden (durch die Tätigkeit des M. triceps), aber nicht mehr gebeugt (Biceps und Brachialis internus). Die Beugung der Finger ist, obwohl mit sehr geringer Kraft, noch möglich; Pronation, Supination und Beugung des Vorderarmes sind wie die Ab- und Adduktion des Handgelenkes aufgehoben, aber im Handgelenk besteht noch leichte Palmar- und Dorsalflexion, und die Finger können einander angenähert und in die durch Interosseiwirkung erzeugte Stellung gebracht werden.

Untersuchen wir die Muskeln der Schulter. Wir finden, dass der Deltoideus ganz und gar nicht funktioniert, der Pectoralis major noch teil weise, und dass der Trapezius und die anderen Rumpfarmmuskeln vollkommen ungeschädigt sind.

Was das Bein betrifft, so haben wir eben erwähnt, dass dasselbe sich zum Teile erholt hat. Es zeigt jetzt auch nicht die Symptome einer wirklichen totalen Lähmung, sondern vielmehr die einer Parese, welche an einigen Muskeln deutlicher ist als an anderen. Die Kranke kann auch mit leichtem Hinken gehen. Ferner dürfen wir den Umstand nicht übersehen, dass sich keine Asymmetrie im Gesichte, und keine Lähmung im Kreismuskel des Mundes zeigt; ebenso wenig ist eine Lähmung am Rumpfe nachweisbar. Die Lähmung, welche uns diese Kranke darbietet, ist also nicht eigentlich eine Hemiplegie, sondern vielmehr eine brachio-crutale Monoplegie.

Sie sehen auch, dass die Sehnenreflexe nicht gesteigert sind wie bei einer gewöhnlichen Hemiplegie, sie sind im Gegenteil im Vergleich zur gesunden Seite herabgesetzt. Wir haben es nicht mit einer spastischen, sondern mit einer – wenn auch nicht absolut – schlaffen Lähmung zu tun.

Wenn wir uns jetzt zur Untersuchung der Sensibilität wenden, so konstatie-

ren wir am rechten Bein eine ziemlich erhebliche Abstumpfung der Empfindlichkeit für Schmerz- und Temperatureindrücke; am rechten Arm ist die Empfindlichkeit vollkommen' aufgehoben, und diese Aufhebung betrifft die Hand, den Vorderarm und den Oberarm bis zur Schulterhöhe. Die Haut der Brust ist empfindlich geblieben, die Trennungslinie zwischen dem anästhetischen und dem empfindlichen Gebiet geht, etwa., durch die Mitte der Wand der Achselhöhle. Was die Sinnesverrichtungen, Gesicht, Geruch, Geschmack und Gehör betrifft, ist hierin keine Veränderung zu finden. Es besteht auch kein deutlicher Ovarialschmerz, keine Hyperästhenie an einer andren Körperstelle.

Es erübrigt uns noch die Prüfung des Muskelsinnes. Wir verbinden der Kranken die Augen und heißen sie mit ihrer linken Hand nach ihrer gelähmten rechten greifen. Sie sehen meine Herren, dass sie dies nicht trifft, sie sucht ihre rechte Hand oben, unten, überall und weiß sie nicht zu finden. Nichts Ähnliches ist für das rechte, Bein zu konstatieren; es macht ihr keine Schwierigkeiten, bei geschlossenen Augen mit der linken Hand nach ihrem rechten Fuß zu greifen.

Eine andere Erscheinung, die ein gewisses Interesse bietet, ist das Verhalten der lokalen Temperatur. Wie man, sich durch wiederholte vergleichende Messungen an der Oberfläche beider Körperseiten überzeugen kann, ist, die Temperatur ,der gelähmten, Seite, um mehrere Zehntel eines Grades herabgesetzt. Im Übrigen ist über die zentrale Temperatur nichts, zu bemerken; kein Fieber, vortrefflicher Allgemeinzustand.

Lassen Sie uns nun versuchen, meine Herren, die verschiedenen Symptome, welche diese Kranke zeigt, zusammen zu fassen und in einer Weise anzuordnen, die uns zu einer rationellen Diagnose führen kann. Was finden wir vor?

Eine assoziierte Monoplegie mit Herabsetzung der Sehnenreflexe die plötzlich aufgetreten ist, ohne von epileptiformen oder apoplektiformen Gehirnsymptomen begleitet zu sein; dieser Monoplegie kommt hinzu eine vollkommene , Anästhesie mit Aufhebung des Muskelsinnes, auf den von der Lähmung befallenen Arm beschränkt; endlich sind alle diese Erscheinungen bei einem jungen Mädchen von 19 Jahren welches vorher Zeichen von Hysterie geboten hat.

Aus diesem Material dürfen wir, meine Herren, den Schluss ziehen, dass die Hemiplegie eine hysterische ist. Denn wenn zunächst in Erwägung ziehen, ob dieselbe von einer cerebralen Herderkrankung - Blutung oder Erweichung - rühren kann, so dürfen wir diese Möglichkeit getrost zurückweisen. So sieht eine cerebrale Blutung oder Erweichung nicht aus; es besteht ja, wie wir gesehen. haben, keine wirkliche Hemiplegie in unserem Falle, sondern eine assoziierte Monoplegie ohne jede Beteiligung des Gesichtes, und außerdem finden wir eine Anästhesie, die sowohl an Intensität wie an Sitz genau mit der Extremitäten Lähmung zusammenfällt. Ebenso wenig kann es sich um eine Hemiplegie spinaler Natur handeln, denn dann müssten, wie Ihnen bekannt ist, Lähmung und Anästhesie auf entgegen gesetzten Seiten sein, anstatt wie hier, nicht nur auf derselben Seite, sondern sozusagen vollkommen einander deckend.

Kurz, meine Herren, ich glaube, es ist nicht nötig, uns länger hierbei aufzuhal-

ten und unserer Diagnose künstliche Schwierigkeiten in den Weg zu legen. Die rein hysterische Natur dieser Lähmung ergibt sich mit der größten Sicherheit aus der eingehenden Untersuchung, die wir an unserer Kranken angestellt haben, und wir haben nichts zu tun, als diese Diagnose anzunehmen, um jene Konsequenzen für die Prognose und Therapie aus ihr zuziehen, die sich ungezwungen daraus ableiten lassen.

(Charcot fügte noch die Bemerkung hinzu, dass man die elektrische Untersuchung der Muskeln his dahin aufgeschoben habe, weil jeder Versuch der Art wahrscheinlich die Wiederkehr der Motilität, also Heilung, herbeiführen würde, und dass es ihm daran gelegen sei, seine Hörer zu Augenzeugen dieses möglichen Erfolges zu machen. Hierauf ließ der Professor die Muskeln an der rechten Schulter und am Oberarm der Kranken faradisieren. Nach Verlauf einer Minute war die Sensibilität dieser Teile [ohne Transfer] zurückgekehrt; eine Minute später war der ganze rechte Arm wieder empfindlich, und die Motilität verschwunden. Die Kranke bediente sich ihres Armes ebenso ausgiebig wie vor der Erkrankung und drückte den Zuhörern, welche sich eifrig herandrängten, um sich von der Wirklichkeit des Vorganges zu überzeugen, der sich unter ihren Augen abgespielt hatte, kraftvoll die Hand.)²²

Quelle: Charcot, Jean-Martin. 1886. Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über Hysterie. Übersetzt von Sigmund Freud. Leipzig und Wien: Deuticke, S. 331-335.

²² In diesem Augenblicke bestand noch die Schwäche des Beines, welches keinerlei elektrische Behandlung erfahren hatte. Dieselbe hielt noch zwei Tage an, schwand darauf von selbst, und Empfindung wie Beweglichkeit verhielten sich von da an in jeder Hinsicht normal.

9.2 Iwan Petrowitsch Pawlow (1849-1936)

Fast jeder hat schon einmal von ihnen gehört, den „Pawlowschen Hunden“ – den Experimenten des russischen Arztes und Physiologen Iwan Petrowitsch Pawlow, die 1904 mit dem Nobelpreis ausgezeichnet wurden. Anhand des Speichelflusses von Hunden bewies Pawlow, dass Reflexe nicht nur allein natürlichen Ursprungs sind, sondern auch durch ausgelöste Reize erlernt werden können. Da das menschliche Verhalten unter anderem auf Reflexen beruht, versuchte Pawlow seine Lehre der bedingten Reflexe auch bei der Erforschung psychischer Störungen anzuwenden. Seine als klassische Konditionierung bezeichnete Lehre, die ein wesentlicher Bestandteil der Lernpsychologie ist, kommt auch in der Verhaltenstherapie bei z.B. Ängsten und Zwangshandlungen zum Einsatz. Bekannte Methoden sind die Gegenkonditionierung, die Aversionstherapie und das Flooding. Bei der Gegenkonditionierung werden angstausslösende Reize mit etwas Positivem gekoppelt, damit sich die Ängste verlieren. In der Aversionstherapie, die häufig zur Behandlung von Suchtkrankheiten dient, setzt man dagegen auf negative Reize, um eine Abneigung gegen das Suchtmittel zu erzielen. Beim Flooding wird der Betroffene unmittelbar mit seinen angstausslösenden Reizen konfrontiert, um zu lernen, dass diese Reize keine Gefahr für sein Leben und somit auch kein Grund für Ängste sind.

Der bedingte Reflex (1934)

Der bedingte Reflex ist heute ein eigener physiologischer Terminus, der eine bestimmte nervale Erscheinung bezeichnet. Ihrem eingehenden Studium ist es zu verdanken, dass ein neuer Abschnitt der Physiologie der Tiere, nämlich die Physiologie der höheren Nerventätigkeit, entstanden ist, die das erste Kapitel Physiologie des höchsten Abschnitts des Zentralnervensystems bildet. Schon lange häuften sich die empirischen und wissenschaftlichen Beobachtungen, dass eine mechanische Beschädigung oder eine Erkrankung des Gehirns und speziell der Großhirnhemisphären in jenem außerordentlich komplizierten, höchsten Verhalten der Tiere und des Menschen, das man gewöhnlich als psychische Tätigkeit bezeichnet, eine Störung hervorruft. Ein medizinisch Geschulter wird heutzutage kaum mehr in Zweifel ziehen, dass unsere Neurosen und Psychosen mit einer Abschwächung oder mit dem Verschwinden der normalen physiologischen Eigenschaften des Gehirns, bzw. mit einer mehr oder minder großen Zerstörung desselben verbunden sind. Daraus aber ergibt sich die eindringliche, fundamentale Frage: Welcher Zusammenhang besteht zwischen dem Gehirn und der höchsten Tätigkeit der Tiere und unserer eigenen? Womit und wie soll man das Studium dieser Tätigkeit beginnen? Es hat doch den Anschein, als ob die psychische Tätigkeit das Ergebnis der physiologischen Tätigkeit einer bestimmten Gehirnmasse sei, und sie müsste daher ebenso von der Physiologie aus erforscht wer-

den , wie heute die Tätigkeit aller übrigen Teile des Organismus mit Erfolg untersucht wird. Das hat man jedoch lange verabsäumt. Schon seit langem (nicht erst seit einem Jahrtausend) war die psychische Tätigkeit das Forschungsobjekt einer besonderen Wissenschaft, der Psychologie. Die Physiologie aber erhielt erst von den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts an -vor erstaunlich kurzer Zeit also -mit ihrer üblichen Methode der künstlichen Reizung die ersten exakten Tatsachen über eine gewisse (und zwar die motorische) physiologische Funktion der Großhirnhemisphären. Mit einer weiteren, ebenfalls üblichen Methode, mit der Methode der teilweisen Zerstörung, erhielt man ergänzende Angaben darüber, wie andere Hemisphärentteile mit den wesentlichsten Rezeptoren des Organismus, dem Auge, dem Ohr u. a. in Verbindung stehen. Dies erregte sowohl bei den Physiologen als auch bei den Psychologen bereits die Hoffnung auf eine enge Verbindung von Physiologie und Psychologie. Auf der einen Seite wurde es bei den Psychologen zur Gewohnheit, die Handbücher der Psychologie mit einer einleitenden Darstellung der Lehre vom Zentralnervensystem und speziell von den Großhirnhemisphären (den Sinnesorganen) zu beginnen. Auf der anderen Seite beurteilten die Physiologen die Ergebnisse der Experimente, die sie unter Ausschaltung verschiedener Teile der Großhirnhemisphären an Tieren anstellten, psychologisch, in Analogie zu dem, was in unserer inneren Welt vorgehen würde (z.B. das MUNKSche er "sieht", aber er "versteht" nicht. Aber es kam bald zu einer Enttäuschung in beiden Lagern. Die Physiologie der Großhirnhemisphären geriet nach diesen ersten Versuchen merklich ins Stocken und wurde nicht wesentlich weiterentwickelt. Und unter den Psychologen fanden sich hierauf abermals, wie auch früher, nicht wenige entschlossene Leute, die auf einer völligen Unabhängigkeit der psychologischen Forschung von der physiologischen bestanden. Daneben gab es auch andere Versuche, die triumphierende Naturwissenschaft durch die Methode der zahlenmäßigen Messung psychischer Erscheinungen mit der Psychologie zu verbinden. Dank der glücklichen Entdeckung des WEBER-FECHNERSchen Gesetzes²³, das den Namen seiner Entdecker trägt und einen bestimmten zahlenmäßigen Zusammenhang zwischen der Intensität eines äußeren Reizes und der Stärke der Empfindung festlegt, hatte man eine Zeitlang bereits geglaubt, innerhalb der Physiologie einen besonderen Abschnitt der Psychophysik bilden zu können. Aber über dieses einzige Gesetz kam der neue Abschnitt nicht hinaus. Besser gelang ein Versuch WUNDTs (der erst Physiologe und später Psychologe und Philosoph war), das Experiment mit der zahlenmäßigen Messung in Form der sogenannten experimentellen Psychologie auch auf psychische Phänomene anzuwenden. Auf diese Weise wurde und wird auch jetzt noch bedeutsames Material gesammelt. Einige nennen die mathematische Bearbeitung des Zahlenmaterials der experimentellen Psychologie nach dem Beispiel FECHNERS Psychophysik. Aber heute ist es kein Wunder, wenn man auch unter den Psy-

²³ Das WEBER-FECHNERSche Gesetz, das eine zahlenmäßige Abhängigkeit zwischen Reizintensität und Empfindungsstärke feststellen will, nimmt an, dass die Empfindungsstärke proportional dem Logarithmus der Reizstärke anwächst und nicht parallel zur Veränderung ihrer absoluten Größe.

chologen und besonders unter den Psychiatern viele findet, die von der effektiven Hilfe der experimentellen Psychologie bitter enttäuscht sind.

Was sollte man also tun? Man hatte das Empfinden, dass noch ein Weg zur Lösung der fundamentalen Frage denkbar und zu beschreiten wäre: Könnte man nicht eine so elementare psychische Erscheinung finden, die man mit vollem Recht gleichzeitig auch für eine rein physiologische Erscheinung halten dürfte, um von ihr ausgehend durch eine streng objektive Untersuchung der Bedingungen ihrer Entstehung, ihrer verschiedenartigen Komplikationen und ihres Verschwindens (wie auch sonst in der Physiologie) von Anfang an ein objektives physiologisches Bild der gesamten höheren Nerventätigkeit der Tiere zu erhalten, d.h. ein Bild der normalen Arbeit des höchsten Abschnitts des Gehirns anstatt der verschiedenen Versuche seiner künstlichen Reizung und Zerstörung, die früher durchgeführt wurden? Glücklicherweise hatten viele eine solche Erscheinung schon vor lange Augen. Viele richteten ihre Aufmerksamkeit auf sie, und einige hatten auch schon mit Untersuchungen begonnen (insbesondere ist da THORNDIKE zu erwähnen). Aber aus irgendeinem Grunde blieben sie gleich am Anfang stehen und bauten ihre Kenntnisse nicht zu der grundlegenden, wesentlichen Methode eines systematischen physiologischen Studiums der höheren Tätigkeit des Tierorganismus aus, dieser Erscheinung, die heute mit dem Terminus „bedingter Reflex“ bezeichnet wird und deren energisches Studium die ausgesprochene Hoffnung völlig gerechtfertigt hat. Wir wollen zwei einfache Versuche anstellen, die jedem gelingen werden. Wir gießen in das Maul eines Hundes eine mäßig starke Lösung irgendeiner Säure. Sie ruft die übliche Abwehrreaktion des Tieres hervor: Durch energische Bewegungen des Mauls wird die Lösung ausgespien, und gleichzeitig fließt reichlich Speichel ins Maul (und dann auch nach außen), der die eingeführte Säure verdünnt und sie von der Schleimhaut des Maules abwäscht. Nun der andere Versuch: Wir lassen einige Male irgendein äußeres Agens, z.B. einen bestimmten Ton, auf einen Hund einwirken, gerade bevor wir in sein Maul dieselbe Lösung einführen. Und was geschieht nun? Es genügt, nur diesen Ton allein zu wiederholen, und bei dem Hunde wird wieder dieselbe Reaktion hervorgerufen: die gleichen Maulbewegungen und derselbe Speichelfluss.

Diese beiden Tatsachen sind gleichermaßen genau und beständig. Beide müssen mit ein und demselben Terminus als "Reflex" bezeichnet werden. Beide verschwinden, wenn man entweder die motorischen Nerven der Mundmuskulatur und die sekretorischen Nerven, die zu den Speicheldrüsen führen, also die efferenten Bahnen, oder die afferenten Bahnen, die von der Schleimhaut des Mundes und vom Ohr ausgehen, durchtrennt. Endlich verschwinden sie auch, wenn man die zentralen Stationen zerstört, in denen der nervale Strom (d.h. der Bewegungsvorgang der nervalen Erregung) von den afferenten Bahnen auf die efferenten übergeleitet wird. Für den ersten Reflex ist dies das verlängerte Mark, für den zweiten sind es die Großhirnhemisphären.

Kein noch so strenges Urteil kann angesichts dieser Tatsachen Einwände gegen diese physiologische Schlussfolgerung erheben; und doch besteht zwischen diesen Reflexen sichtlich ein Unterschied. Erstens sind, worauf eben hingewiesen wurde, ihre zentralen Stationen verschieden. Zweitens wurde der erste Reflex, wie aus unserer

Versuchsanordnung klar hervorgeht, ohne jede Vorbereitung und ohne weitere Bedingung wieder erzeugt, der zweite aber nach einem speziellen Verfahren erhalten. Was bedeutet das? Beim ersten Reflex erfolgte der Übergang des nervalen Stroms von der einen auf die andere Bahn direkt und ohne besonderes Verfahren. Im zweiten Falle war zu diesem Übergang vorher etwas nötig. Am natürlichsten kann man sich die Sache so vorstellen: Beim ersten Reflex existierte eine direkte Leitung für den nervalen Strom, für den zweiten musste erst eine Bahn gebildet werden. Einen solchen Begriff gab es in der Nervenphysiologie schon lange. Er wurde durch das Wort "Bahnung"⁽⁷²⁾ ausgedrückt. So befinden sich also im Zentralnervensystem zwei verschiedene zentrale Apparate: einer zur direkten Leitung des nervalen Stroms und ein Apparat zu dessen Schließung und Unterbrechung. Es wäre sonderbar, wollte man solch einer Schlussfolgerung gegenüber noch irgendwelche Zweifel hegen. Ist doch das Nervensystem auf unserem Planeten das komplizierteste und feinste Instrument für die Beziehungen und den Zusammenhang der zahlreichen Teile des Organismus untereinander und des Organismus als eines höchst komplizierten Systems mit der unendlichen Anzahl äußerer Einflüsse. Wenn heute Ein- und Ausschalten des elektrischen Stroms für uns eine alltägliche technische Einrichtung ist, kann dann wirklich gegen eine Vorstellung opponieren, die die Realisierung des Prinzips in diesem stauenswerten Instrument betrifft? Entsprechend dem Dargelegten wird die ständige Verbindung eines äußeren Agens mit der es beantwortenden Tätigkeit des Organismus mit Recht als unbedingter Reflex, die zeitweilige Verbindung aber als bedingter Reflex bezeichnet. Der Tierorganismus existiert als System inmitten der ihn umgebenden Natur nur dadurch, dass er sich ständig durch dieses System mit dem äußeren Milieu ins Gleichgewicht bringt und zwar durch bestimmte Reaktionen des lebenden Systems auf die von außen einfallenden Reize, was bei den höheren Tieren vorzugsweise durch das Nervensystem in Gestalt der Reflexe geschieht. Die erste Sicherung des Sich-ins-Gleichgewicht-Bringens und folglich auch der Ganzheit des Einzelorganismus sowie seiner Art wird von den unbedingten Reflexen gebildet, und zwar sowohl von den einfachsten (z. B. vom Husten, wenn ein Fremdkörper in den Kehlkopf als auch von den komplizierteren, die man gewöhnlich als Instinkte bezeichnet (Nahrungs- und Abwehrinstinkt, Geschlechtsinstinkt u. a.). Diese Reflexe werden sowohl durch innere, im Organismus selbst entstehende, als auch durch äußere Agenzien ausgelöst, wodurch die Vollkommenheit des Sich-ins-Gleichgewicht-Bringens bedingt wird. Aber das durch diese Reflexe erreichte Gleichgewicht würde nur bei einer absoluten Beständigkeit des äußeren Milieus vollkommen sein. Da sich jedoch das äußere Milieu in seiner außerordentlichen Mannigfaltigkeit gleichzeitig in ständiger Veränderung befindet, sind die unbedingten Verbindungen, also die Verbindungen, die beständig sind, nicht ausreichend, und es ist notwendig, sie durch bedingte Reflexe, also durch zeitweilige Verbindungen, zu ergänzen. Es genügt z. B. für ein Tier nicht, wenn es nur das vor ihm liegende Futter fressen würde, denn dann würde es häufig hungern und schließlich Hungers sterben. Es muss die Nahrung auf Grund verschiedener zufälliger, vorübergehender Merkmale auffinden. Das sind bedingte Reize (Signalreize), die die Bewegungen des Tieres zur Nahrung hin hervorrufen, die beendet werden, sobald diese ins Maul gelangt ist; d. h., sie rufen insgesamt

einen bedingten Nahrungsreflex hervor. Das gleiche bezieht sich auch auf alles, was für das Wohlbefinden des Organismus und der Art sowohl im positiven als auch im negativen Sinne nötig ist, also auf alle Dinge der Umwelt, die man nehmen darf oder vor denen man sich hüten muss. Es bedarf keiner großen Phantasie, um sofort zu sehen, welche geradezu unzählbare Menge bedingter Reflexe ständig in dem überauskomplizierten System des Menschen zustande kommt. Ist er doch in eine ungemein vielfältige, nicht nur allgemeine natürliche Umwelt, sondern auch in eine speziell soziale Umwelt gestellt, die in ihrem weitesten Ausmaß die ganze Menschheit umfasst. Nehmen wir denselben Nahrungsreflex. Welche vielseitig bedingten, zeitweiligen, natürlichen und speziell sozialen Verbindungen sind nötig; wenn man sich mit ausreichender, gesunder Nahrung versorgen will! In der Wurzel ist dies alles aber ein bedingter Reflex! Bedarf es hierfür noch detaillierter Erklärungen? Wir machen, einen Sprung und beschäftigen uns sogleich mit einer speziell sozialen Erscheinung, dem sogenannten für das Leben notwendigen Takt. Das ist die Fähigkeit, sich eine angenehme Stellung in der Gesellschaft verschaffen. Was ist das denn anders als die nicht sehr häufige Eigenschaft, es mit allen und jedem und unter allen Umständen so zu halten, dass die Beziehungen der anderen uns gegenüber stets günstig bleiben. Das bedeutet aber, dass man sein Verhalten anderen Menschen gegenüber ihrem Charakter, ihrer Stimmung und den Umständen entsprechend ändert, d.h., dass man auf Grund des positiven oder negativen Ergebnisses früherer Begegnungen mit anderen auf diese reagiert. Natürlich gibt es einen Takt, der entsprechend der Wahrung des Gefühls der eigenen Würde und der Würde der anderen zu bewerten oder ihm zuwider ist. Aber in seinem physiologischen Kern besteht der eine wie der andere aus zeitweiligen Verbindungen, aus bedingten Reflexen. Die zeitweilige nervale Verbindung ist folglich in der Tierwelt und bei uns selbst die universellste physiologische Erscheinung. Daneben ist sie aber auch ein psychisches Phänomen, nämlich das, was die Psychologen Assoziation nennen, sei das nun die Bildung von Verbindungen aus den verschiedensten Handlungen, Eindrücken oder aus Buchstaben, Wörtern und Gedanken. Welcher Grund besteht denn dafür, das voneinander zu trennen und zu unterscheiden, was der Physiologe zeitweilige Verbindung, der Psychologe aber Assoziation zu nennen pflegt? Hier haben wir ein völliges Verschmelzen, ein absolutes Aufgehen des einen in dem anderen, eine Identifizierung. Wie mir scheint, wird dies auch von den Psychologen anerkannt (oder wenigstens von einigen), denn sie haben erklärt, dass die Versuche mit den bedingten Reflexen der Assoziationspsychologie eine solide Stütze gäben, d.h. jener Psychologie, die die Assoziation für das Fundament der psychischen Tätigkeit hält. Das gilt umso mehr, als man mit Hilfe eines ausgearbeiteten bedingten Reizes einen neuen bedingten Reiz bilden kann. In letzter Zeit wurde beim Tier (am Hund) überzeugend bewiesen, sich auch zwei indifferente Reize, von denen man einen wiederholt auf den folgen lässt, miteinander verbinden und einen den anderen hervorruft. Für die Physiologie wurde der bedingte Reflex zur zentralen Erscheinung, die man zu einem immer vollkommeneren und präziseren Studium der normalen wie der pathologischen Tätigkeit der Großhirnhemisphären verwenden konnte. In der vorliegenden Darstellung können die Ergebnisse dieser Untersuchun-

gen, die bis heute schon eine gewaltige Menge von Tatsachen geliefert haben, natürlich nur in den Hauptzügen wiedergegeben werden.

Die Hauptbedingung für die Bildung eines bedingten Reflexes ist im Allgemeinen das ein- oder mehrmalige zeitliche Zusammenfallen eines indifferenten mit einem unbedingten Reiz. Am schnellsten und mit den geringsten Hindernissen geht diese Bildung vor sich, wenn der indifferente Reiz dem bedingten unmittelbar vorangeht, wie dies oben am Beispiel des akustischen Säurereflexes gezeigt wurde.

Der bedingte Reflex entsteht sowohl in seiner elementaren Form als auch in seinen äußerst komplizierten Komplexen auf der Grundlage aller unbedingten Reflexe und aus den verschiedensten Agenzien des inneren und des äußeren Milieus, allerdings mit einer Einschränkung: aus allem, für dessen Wahrnehmung es rezeptorische Elemente in den Großhirnhemisphären gibt. Wir haben eine äußerst umfassende Synthese vor uns, die von diesem Teil des Gehirns verwirklicht wird. Aber das ist noch nicht alles! Die bedingte, zeitweilige Verbindung spezialisiert sich zugleich bis zu höchster Kompliziertheit und bis zu feinsten Detaillierung der bedingten Reize sowie gewisser Tätigkeiten des Organismus, besonders der skelett- und der sprachmotorischen Tätigkeit. Wir haben als Produkt derselben Großhirnhemisphären eine sehr feine Analyse vor uns. Daher die ungeheuer umfassende und hohe Anpassungsfähigkeit, das Sich-angleichen-Können des Organismus an die Umgebung. Die Synthese ist offensichtlich eine Erscheinung der nervalen Schließung. Was stellt nun die Analyse als nervales Phänomen dar? Hier gibt es einige physiologische Einzelercheinungen. Die erste Grundlage für die Analyse bieten die peripheren Endigungen aller afferenten Nervenbahnen des Organismus von denen jede speziell eingerichtet ist, um eine bestimmte Art von Energie (sowohl von außen her als auch aus dem Innern des Organismus) einen nervalen Erregungsprozess umzuformen, der dann sowohl in spezielle, an Zahl geringere Zellen der tieferen Abschnitte des Zentralnervensystems als auch in die überaus zahlreichen Spezialzellen der Großhirnhemisphären geleitet wird. Hier jedoch breitet sich der eintreffende nervale Erregungsprozess gewöhnlich aus, d.h. er irradiert auf eine mehr oder minder große Entfernung über verschiedene Zellen. Daher rufen z. B. bei der Ausarbeitung eines bedingten Reflexes auf einen beliebigen bestimmten Ton hin nicht nur andere Töne, sondern auch viele andere Laute dieselbe bedingte Reaktion hervor. Dies bezeichnet man in der Physiologie der höheren Nerventätigkeit als Generalisation der bedingten Reflexe. Man begegnet hier also gleichzeitig den Erscheinungen der Schließung und Irradiation. Dann aber wird die Irradiation allmählich mehr und mehr begrenzt. Der Erregungsprozess konzentriert sich in einem außerordentlich kleinen Punkt der Großhirnhemisphären, wahrscheinlich in einer Gruppe entsprechender Spezialzellen. Die Begrenzung geht besonders schnell mit Hilfe eines anderen nervalen Grundprozesses vor sich, den man Hemmung nennt. Das geht so zu: Wir erhalten zunächst auf einen bestimmten Ton hin einen bedingten generalisierten Reflex. Wir setzen nun mit ihm den Versuch fort, indem wir ihn ständig durch einen unbedingten Reflex begleiten und ihn dadurch bekräftigen. Daneben aber wenden wir auch andere, sozusagen falsch wirkende Töne an, jedoch ohne Bekräftigung. Hierbei gehen diese Töne allmählich ihrer Wirkung verlustig. Schließlich betrifft dies auch den nächstgelegenen Ton. Ein Ton von 500 Schwin-

gungen in der Sekunde zeigt z. B. eine Wirkung, ein Ton von 498 Schwingungen aber nicht. Er ist differenziert. Die Töne, die ihre Wirkung jetzt verloren haben, sind gehemmt. Das kann folgendermaßen bewiesen werden.

Wenn man unmittelbar nach Anwendung eines gehemmten Tones den ständig bekräftigten bedingten Ton prüft, dann hat er entweder gar keinen Einfluss oder einen bedeutend geringeren als sonst. Die Hemmung, die die Wirkung der Nebentöne aufgehoben hat, macht sich folglich auch bei ihm bemerkbar. Dies ist bei einem kurzfristigen Abstand der Einwirkung der Fall. Wenn eine längere Zeitspanne vergangen ist, beobachtet man dies nicht mehr. Hieraus muss man schließen, dass der Hemmungsprozess ebenso wie der Erregungsprozess irradiiert. Aber je häufiger man die nicht bekräftigten Töne wiederholt, desto geringer wird die Irradiation der Hemmung. Der Hemmungsprozess konzentriert sich in Zeit und Raum immer mehr. Die Analyse beginnt also mit der speziellen Arbeit der peripheren Apparate der afferenten Bahnen und wird in den Großhirnhemisphären mit Hilfe des Hemmungsprozesses vollendet. Der beschriebene Fall einer Hemmung wird als Differenzierungshemmung bezeichnet. Wir wollen nun noch andere Fälle von Hemmungserscheinungen anführen. Um eine bestimmte, mehr oder minder beständige Stärke des bedingten Effektes zu erhalten, lässt man gewöhnlich den bedingten Reiz eine bestimmte Zeit lang wirken, fügt dann einen unbedingten Reiz hinzu und bekräftigt ihn so. Dann sind die ersten Sekunden oder Minuten der Reizung je nach der Dauer der isolierten Anwendung des bedingten Reizes wirkungslos, weil sie als vorzeitige Reize, als Signale des unbedingten Reizes, gehemmt werden. Das ist eine Analyse der verschiedenen Momente eines Dauerreizes. Diese Hemmung wird als Hemmung eines verspäteten Reflexes bezeichnet. Aber ein bedingter Reiz wird als Signalreiz auch an sich schon durch die Hemmung korrigiert und allmählich gleich Null, wenn er nicht nach einem bestimmten Zeitabschnitt von einer Bekräftigung begleitet wird. Das ist die auslöschende Hemmung. Diese Hemmung hält sich einige Zeit und verschwindet dann von selbst. Diese Wiederherstellung der Wirkung des erloschenen bedingten Reizes wird durch eine Bekräftigung beschleunigt. So haben wir positive bedingte Reize, die in der Großhirnrinde einen Erregungsprozess, und negative bedingte Reize, die einen Hemmungsprozess hervorrufen. In den angeführten Fällen haben wir eine spezielle Hemmung der Großhirnhemisphären, und zwar eine kortikale Hemmung. Sie entsteht unter bestimmten Bedingungen an Stellen, an denen sie vorher nicht war, wird größer oder verschwindet unter anderen Bedingungen. Sie unterscheidet sich dadurch von der mehr oder weniger beständigen, stabilen Hemmung der niederen Abschnitte des Zentralnervensystems und wird deshalb im Unterschied zu dieser (der äußeren) auch als innere Hemmung bezeichnet. Richtiger wäre es, sie als ausgearbeitete bedingte Hemmung zu bezeichnen. Bei der Arbeit der Großhirnhemisphären wirkt die Hemmung ebenso unausgesetzt, kompliziert und subtil mit wie der Erregungsprozess.

Wie sich von außen in die Großhirnhemisphären eindringende Reize dort in einigen Fällen mit bestimmten Punkten verbinden, die sich im Zustand der Erregung befinden, so können in anderen Fällen ebensolche Reize, gleichfalls auf Grund der Gleichzeitigkeit, mit dem Hemmungszustand der Rinde eine zeitweilige Verbindung

eingehen, wenn diese sich in einem solchen befindet. Dies geht daraus hervor, dass solche Reize eine hemmende Wirkung haben und von sich aus in der Rinde einen Hemmungsprozess hervorrufen, dass sie negative bedingte Reize sind. In diesem Fall wie auch in den weiter oben angeführten Fällen erhalten wir unter bestimmten Bedingungen eine Umwandlung des Erregungsprozesses in einen Hemmungsprozess. Das können wir uns bis zu einem gewissen Grade verständlich machen, wenn wir uns erinnern, dass in den peripheren Apparaten der afferenten Bahnen eine ständige Umwandlung der verschiedenen Energieformen in einen Erregungsprozess vor sich geht. Warum sollte unter bestimmten Bedingungen nicht eine Umwandlung der Energie eines Erregungsprozesses in die Energie eines Hemmungsprozesses und umgekehrt erfolgen?

Wie wir eben gesehen haben, breiten sich die Erregungs- und Hemmungsprozesse, die in den Großhirnhemisphären entstehen, zunächst in ihnen aus, d. h., sie irradiieren und können sich dann, indem sie sich am Ausgangspunkt sammeln, konzentrieren. Das ist eines der Grundgesetze des gesamten Zentralnervensystems. Aber hier, in den Großhirnhemisphären, tritt es mit einer nur ihnen eigenen Beweglichkeit und Kompliziertheit hervor. Zu den Bedingungen, die Eintritt und Ablauf von Irradiation bzw. Konzentration der Prozesse bestimmen, muss man an erster Stelle die Stärke dieser beiden Prozesse zählen. Das bisher gesammelte erlaubt die Schlussfolgerung, dass bei einem schwachen Erregungsprozess eine Irradiation vor sich geht, bei einem mittleren eine Konzentration und bei einem sehr starken wieder eine Irradiation. Genau das gleiche haben wir auch beim Hemmungsprozess. Bei sehr starken Prozessen begegnet man einer Irradiation seltener, und deshalb ist sie, besonders bei der Hemmung, weniger untersucht worden. Die Irradiation eines Erregungsprozesses von geringer Intensität macht als zeitweilige Erscheinung einen latenten Erregungszustand sichtbar, der von einem anderen vorhandenen Reiz (der zu schwach ist, um von sich aus in Erscheinung zu treten) oder von einem unlängst abgelaufenen oder schließlich von einem sich häufig wiederholenden Reiz herrührt, der in einem bestimmten Punkt einen erhöhten Tonus zurückgelassen hat. Andererseits beseitigt diese Irradiation den Hemmungszustand anderer Punkte der Rinde. Diese Erscheinung wird als Enthemmung bezeichnet, wenn die Irradiationswelle eines unbekannten schwachen Reizes die Wirkung eines bestimmten vorhandenen negativen bedingten Reizes ins Gegenteil, ins Positive, verwandelt. Hat ein Erregungsprozess mittlere Intensität, so konzentriert er sich, d. h., er ballt sich in einem bestimmten begrenzten Punkt zusammen, was sich in einer bestimmten Arbeit äußert. Bei sehr starker Erregung bedingt die Irradiation einen sehr hohen Rindentonus, bei dem auch alle anderen wechselnden Reize auf dem Hintergrund dieser Erregung einen maximalen Effekt geben. Die Irradiation eines Hemmungsprozesses von geringer Intensität wird als Hypnose bezeichnet. Diese tritt bei bedingten Nahrungsreflexen in beiden Komponenten, der sekretorischen und der motorischen, charakteristisch in Erscheinung. Wenn unter den oben erwähnten Bedingungen eine Hemmung entsteht (eine Differenzierungshemmung u. a.), so treten als gewöhnlichste Tatsache ganz besondere Zustände in den Großhirnhemisphären auf. Im Anfang gleichen sich alle Reize in ihrer Wirkung aus, und zwar entgegen der Regel, dass im normalen Zustand die

Größenänderung des Speicheleffekts der bedingten Nahrungsreflexe der physikalischen Reizintensität mehr oder minder parallel geht (ausgleichende Phase). Des Weiteren erfolgt auf schwache Reize hin reichlicherer Speichelfluss als auf starke (paradoxe Phase). Und schließlich erhält man eine Entartung der Effekte: Ein positiver bedingter Reiz bleibt ohne jede Wirkung, während ein negativer Speichelfluss hervorruft (ultraparadoxe Phase). Dasselbe tritt auch bei motorischen Reaktionen auf. Wenn z. B. einem Hunde Futter angeboten wird (d. h. bei der Einwirkung natürlicher bedingter Reize), so wendet er sich ihm ab, wenn man das Futter jedoch wegnimmt und wegbringt, so sucht er es zu erlangen. Außerdem kann man in der Hypnose bei bedingten Nahrungsreflexen zuweilen unmittelbar eine allmähliche Ausbreitung der Hemmung über das motorische Rindenfeld sehen. Zuerst werden die Zunge und die Kaumuskulatur gelähmt, dann schließt sich eine Hemmung der Halsmuskulatur und schließlich auch eine Hemmung der gesamten Rumpfmuskulatur an. Bei der Ausbreitung der Hemmung in tiefere Schichten des Gehirns kann man zuweilen einen kataleptischen Zustand beobachten, und schließlich tritt tiefer Schlaf ein. Der hypnotische Zustand geht als Zustand der Hemmung sehr leicht mit zahlreichen äußeren Agenzien, sofern gleichzeitig mit ihm auftreten, eine zeitweilige bedingte Verbindung ein.

Wird der Hemmungsprozess verstärkt, so konzentriert er sich. Das dient zur Abgrenzung eines in Erregung befindlichen Punktes der Rinde von Punkten, die sich im Hemmungszustand befinden. Und weil es in der Rinde eine Unmenge der verschiedenartigsten Punkte mit Erregungs- und Hemmungsprozessen gibt, die sowohl die Außenwelt (Gesicht, Gehör u. a.) als auch das Innere (Motorik u. a.) betreffen, so stellt die Rinde ein grandioses Mosaik intermittierenden Punkten verschiedener Qualität und verschiedengradiger Intensität des Erregungs- bzw. Hemmungszustandes dar. Auf diese Weise ist der tätige Wachzustand eines Tieres und des Menschen eine bewegliche und zugleich lokalisierte, bald gröbere, bald sehr feine Aufteilung des Erregungs- oder Hemmungszustandes der Rinde, der mit dem Schlafzustand kontrastiert, in dem sich die Hemmung auf der Höhe ihrer Intensität und Extensität gleichmäßig über gesamte Substanz der Großhirnhemisphären und auf eine gewisse Strecke auch in die tieferen Schichten hinab ergießt. Jedoch können in der Rinde zuweilen auch jetzt noch einzelne Erregungspunkte bestehen bleiben, gewissermaßen als diensthabende Wächter. Folglich befinden sich im Wachzustand beide Prozesse in einem ständigen, dynamischen Gleichgewicht, gleichsam in einem Kampf. Wenn auf einmal eine große Zahl äußerer oder innerer Reize wegfällt, dann gewinnt die Hemmung in der Rinde ein beträchtliches Übergewicht über die Erregung. Hunde, bei denen die wichtigsten äußeren Rezeptoren peripher zerstört worden sind (Gesicht, Gehör, Geruch), schlafen am Tage 23 Stunden.

Neben dem Gesetz der Irradiation und Konzentration der nervalen Prozesse ist noch ein anderes Gesetz ständig von Einfluss: das Gesetz der wechselseitigen Induktion, das besagt, dass der Effekt eines positiven bedingten Reizes größer wird, wenn man diesen sofort oder bald nach einem konzentrierten Hemmungsreiz anwendet, ebenso wie der Effekt eines Hemmungsreizes nach einem konzentrierten positiven Reiz genauer und tiefer wird. Die wechselseitige Induktion tritt sowohl in der Umgebung eines Punktes mit einem Erregungs- oder Hemmungsprozess gleichzeitig mit

dessen Wirkung als auch in dem Punkt selbst nach Aufhören der Prozesse in Erscheinung. Es ist klar, dass das Gesetz der Irradiation und Konzentration mit dem der wechselseitigen Induktion eng verbunden ist, dass diese Gesetze sich gegenseitig begrenzen, ausgleichen und einander verstärken und so eine genaue Korrelation der Tätigkeit des Organismus mit den Umweltbedingungen herbeiführen. Beide Gesetze treten in allen Abschnitten des Zentralnervensystems in Erscheinung: in den Großhirnhemisphären an neugebildeten Erregungs- und Hemmungspunkten, in den niederen Abschnitten des Zentralnervensystems an den mehr oder minder beständigen. Die negative Induktion, d. h. das Auftreten oder die Verstärkung einer Hemmung in Nähe eines Erregungszentrums, wurde früher in der Lehre von den bedingten Reflexen als äußere Hemmung bezeichnet, wenn nämlich ein bestimmter bedingter Reflex unter der Einwirkung eines fremden, zufälligen Reizes, der für sich allein meist einen Orientierungsreflex hervorruft, schwächer wurde bzw. verschwand. Das war auch der Anlass, die Fälle von Hemmung, die oben beschrieben wurden (die auslöschende Hemmung usw.), unter der Bezeichnung der inneren Hemmung zu vereinigen, da sie ohne Einwirkung eines fremden Reizes entstehen. Außer diesen zwei verschiedenen Fällen von Hemmung gibt es in den Großhirnhemisphären noch eine dritte. Wenn die bedingten Reize physikalisch sehr stark sind, dann wird das Prinzip des direkten Zusammenhangs der Wirkungsgröße dieser Reize mit ihrer physikalischen Intensität gestört. Ihre Wirkung wird nicht größer, sondern kleiner als die von mäßig starken Reizen: die sogenannte Überbelastungshemmung. Die Überbelastungshemmung tritt sowohl bei einem sehr starken bedingten Reiz als auch im Fall einer Summation von im einzelnen nicht so starken Reizen auf. Es erscheint am natürlichsten, die Überbelastungshemmung dem Fall der reflektorischen Hemmung zuzuschreiben. Will man die verschiedenen Fälle von Hemmung genauer systematisieren, so gibt es entweder eine beständige, eine unbedingte Hemmung (die Hemmung der negativen Induktion und die Überbelastungshemmung) oder eine zeitweilige, eine bedingte Hemmung (die auslöschende Hemmung, die Differenzierungshemmung und die Verspätungshemmung.) Aber es gibt gute Gründe, alle diese Arten von Hemmung in ihrer physikalisch-chemischen Grundlage für ein und denselben Prozess zu halten, der nur unter verschiedenen Bedingungen entsteht.

Unter gleichartigen, sich wiederholenden Umständen werden der gesamte Aufbau und die Verteilung der während einer bestimmten Periode unter dem Einfluss äußerer und innerer Reize entstandenen Erregungs- und Hemmungszustände in der Großhirnrinde immer mehr fixiert und verlaufen immer leichter und automatischer. So erhält man in der Rinde einen dynamischen Stereotyp (eine Systematisierung), dessen Aufrechterhaltung eine immer geringere nervale Arbeit verlangt. Der Stereotyp selbst ist träge, lässt sich schwer verändern und ist durch eine neue Situation bzw. durch neue Reize nur schwer zu überwinden. Jeder erstmalige Aufbau eines Stereotyps ist je nach der Kompliziertheit des Systems der Erregungen eine bedeutende und häufig außerordentlich schwere Arbeit.

Das Studium der bedingten Reflexe bei einer großen Anzahl von Hunden warf allmählich die Frage nach den verschiedenen Nervensystemen der einzelnen Tiere auf. Schließlich schälten sich die Grundlagen für eine systematische Einteilung der Ner-

vensysteme nach ihren Grundzügen heraus. Als solche sind drei zu nennen: die Stärke der nervalen Grundprozesse (des Erregungs- und Hemmungsprozesses), ihr Gleichgewicht untereinander und die Beweglichkeit dieser Prozesse. Die tatsächlichen Kombinationen dieser drei Grundzüge zeigten sich in vier mehr weniger scharf ausgeprägten Typen des Nervensystems. Der Stärke entsprechend wurden die Tiere in starke und schwache eingeteilt. Die starken je nach Ausgeglichenheit der Prozesse in ausgeglichene und unausgeglichene und ausgeglichenen starken in bewegliche und träge. Dies deckt sich annähernd mit der klassischen Systematisierung der Temperamente. So gleichen die starken, aber unausgeglichenen Tiere, bei denen sehr starke Erregungsprozesse die ebenfalls starken Hemmungsprozesse überwiegen, dem erregbaren, hemmungslosen Typ, dem Choleriker nach HIPPOKRATES. Dann sind die völlig ausgeglichenen starken, dabei aber trägen Tiere, der ruhige, schwerfällige Typ, die Phlegmatiker des HIPPOKRATES. Weiter haben wir in den 'völlig ausgeglichenen, dabei aber labilen Tieren den sehr lebhaften, beweglichen Typ, die Sanguiniker nach HIPPOKRATES vor uns. Und schließlich entspricht der schwache Typ der Tiere mehr den hippokratischen Melancholikern; ihr überwiegender und allgemeiner Zug ist eine leichte Hemmbarkeit, und zwar sowohl in Bezug auf die Stärke der inneren Hemmung, die dauernd schwach ist und leicht irradiiert, als besonders auch der äußeren Hemmung unter dem Einfluss aller möglicher fremder sogar unbedeutender äußerer Reize. Im Übrigen ist dieser Typ weniger einheitlich als alle anderen. Da gibt es bald Tiere, bei denen beide Grundprozesse gleich schwach sind, bald solche mit überwiegend außerordentlich schwachen Hemmungsprozessen, bald allzu geschäftige, die ununterbrochen um sich blicken, bald umgekehrt ständig in einer Stellung verharrende, gleichsam erstarrte Tiere. Die Ursache dieser Mannigfaltigkeit liegt natürlich darin, dass sich die Tiere des schwachen Typs wie auch die Tiere der starken Typen außer in der Stärke der Prozesse der nervalen Prozesse auch noch durch andere Züge voneinander unterscheiden. Aber die überwiegende und auffallende Schwäche bald der Hemmung allein, bald beider Prozesse hebt die lebenswichtige Bedeutung der variierenden anderen Züge auf. Die ständige starke Hemmbarkeit macht alle diese Tiere in gleicher Weise zu großen Invaliden.

Der Typ ist also die angeborene, konstitutionelle Form der Nerventätigkeit eines Tieres, der Genotyp. Weil aber das Tier von Geburt an den verschiedensten Einflüssen der Umwelt unterworfen ist, auf die es unvermeidlich mit bestimmten Tätigkeiten, die schließlich häufig für das ganze Leben fixiert werden, antworten muss, so ist die schließlich vorhandene Nerventätigkeit des Tieres eine Legierung aus den Grundzügen des Typs und den durch die Umwelt bedingten Veränderungen: Es entsteht der Phänotyp, der Charakter. Alles Dargelegte stellt offensichtlich unanfechtbares physiologisches Material dar, d. h. die objektiv wiedergegebene, normale physiologische Arbeit des höchsten Abschnitts des Zentralnervensystems. Mit dem Studium der normalen Arbeit muss man auch anfangen und in der Tat wird das physiologische Studium eines jeden Teils des Tierorganismus gewöhnlich damit begonnen. Das jedoch hindert einige Physiologen bis heute nicht, die mitgeteilten Tatsachen nicht auf die Physiologie zu beziehen. Ein nicht seltener Fall von Schematismus in der Wissenschaft!

Es ist nicht schwer, die beschriebene physiologische Arbeit des höchsten Hirnabschnitts des Tieres in vielen Punkten mit den Erscheinungen unserer subjektiven Welt in eine natürliche unmittelbare Verbindung zu bringen.

Die bedingte Verbindung ist, wie schon oben gezeigt, offensichtlich das, was wir eine Assoziation der Gleichzeitigkeit nach nennen. Die Generalisation der bedingten Verbindung entspricht dem, was Assoziation der Ähnlichkeit nach genannt wird. Synthese und Analyse der bedingten Reflexe (der Assoziationen) sind im Wesentlichen dieselben Grundprozesse unserer geistigen Arbeit. Wenn wir konzentriert denken oder für irgendetwas begeistert sind, sehen und hören wir nicht, was um uns herum vorgeht. Das ist eine deutliche negative Induktion. Wer wollte denn in den sehr komplizierten unbedingten Reflexen (in den Instinkten) das physiologisch Somatische vom Psychischen trennen, d. h. von den Eindrücken der mächtigen Emotionen des Hungers, des Sexualtriebs, des Zornes usw. Unsere Gefühle von Lust und Unlust, von Leichtigkeit, Schwierigkeit, Freude, Pein, Triumph, Verzweiflung usw. sind bald mit dem Übergang der stärksten Instinkte und ihrer Erreger in die entsprechenden effektorischen Akte, bald mit ihrer Hemmung verbunden, mit allen Variationen eines entweder leichten oder erschwerten Ablaufs der in den Großhirnhemisphären entstehenden nervalen Prozesse, wie dies an Hunden zu sehen ist, die ganz unterschiedlich schwere nervale Aufgaben lösen, bzw. nicht zu lösen vermögen. Unsere Kontrasterlebnisse sind natürlich Erscheinungen einer wechselseitigen Induktion. Wenn eine Erregung irradiert ist, sprechen und handeln wir so, wie wir das in ruhigem Zustand nicht tun würden. Offenbar ist die Hemmung in einigen Punkten von einer Erregungswelle in einen positiven Prozess verwandelt worden. Das starke Nachlassen des Gedächtnisses für das Gegenwärtige, eine normale Alterserscheinung, bedeutet die altersmäßig bedingte Minderung der Beweglichkeit des speziellen Erregungsprozesses, d. h. seine Trägheit, usw.

In der sich entwickelnden Tierwelt haben die Mechanismen der Nervoentätigkeit auf der Stufe des Menschen an Umfang außerordentlich zugenommen. Für ein Tier wird die Wirklichkeit in den Großhirnhemisphären fast ausnahmslos nur durch Reize und deren Spuren, die unmittelbar auf die speziellen Zellen der optischen und der akustischen Rezeptoren und anderer Rezeptoren des Organismus einwirken, signalisiert. Das ist das, was auch wir als Eindrücke, Empfindungen und Vorstellungen von unserer Umwelt in uns haben, von der allgemeinen, natürlichen wie von unserer sozialen Umwelt, ausgenommen nur das gesprochene und geschriebene Wort. Es ist dies das erste Signalsystem der Wirklichkeit, das wir mit den Tieren gemeinsam haben. Aber das Wort bildet ein zweites, speziell uns eigenes Signalsystem der Wirklichkeit; es ist das Signal der ersten Signale. Zahlreiche Wortreize entfernten uns einerseits von der Wirklichkeit, und deshalb müssen wir uns dessen ständig erinnern, um unser Verhältnis zur Wirklichkeit nicht zu entstellen. Andererseits hat uns gerade das Wort zu Menschen gemacht, worüber hier natürlich nicht ausführlicher gesprochen werden kann. Es unterliegt jedoch keinem Zweifel, dass die Grundgesetze, die für die Arbeit des ersten Signalsystems aufgestellt worden sind, auch für das zweite Signalsystem gelten müssen, denn es handelt sich bei dieser Arbeit immer um das gleiche Nervoengewebe.

Ein schlagender Beweis dafür, dass das Studium der bedingten Reflexe die Erforschung des höchsten Hirnabschnitts in die richtigen Bahnen gelenkt hat und dass hierbei schließlich die Funktionen dieses Abschnitts mit den Erscheinungen unserer subjektiven Welt vereinigt, identifiziert worden sind, können weitere Versuche mit bedingten Reflexen an Tieren sein, bei denen man pathologische Zustände des Nervensystems des Menschen, Neurosen und einige besondere psychotische Symptome, erzeugt hat. Dabei konnte in vielen Fällen auch eine zweckmäßige, absichtliche Rückkehr zum Normalzustand, eine Ausheilung, erreicht werden, also eine echt wissenschaftliche Inbesitznahme des Objekts. Die Norm der Nerventätigkeit ist das Gleichgewicht aller beschriebenen Prozesse, die an dieser Tätigkeit teilhaben. Eine Störung dieses Gleichgewichts ruft einen pathologischen Zustand, d.h. Krankheit, hervor, wobei es häufig in der sogenannten Norm selbst, genauer gesprochen also, in der relativen Norm, schon eine gewisse Abweichung vom Gleichgewicht gibt. Hieraus folgt, dass die Wahrscheinlichkeit einer Nervenerkrankung deutlich mit dem Typ des Nervensystems verbunden ist. Diejenigen unserer Hunde, die den extremen Typen angehören, dem erregbaren oder dem schwachen Typ, werden unter schwierigen experimentellen Bedingungen besonders leicht und schnell von einer Nervenerkrankung betroffen. Man kann natürlich mit außerordentlich starken Maßnahmen auch bei den starken, ausgeglichenen Typen das Gleichgewicht stören. Schwierige Bedingungen, die das nervale Gleichgewicht chronisch stören, sind: Überbeanspruchung des Erregungs- bzw. des Hemmungsprozesses und der direkte Zusammenprall der beiden entgegengesetzten Prozesse oder, anders gesprochen, die Überbeanspruchung der Beweglichkeit dieser Prozesse. Nehmen wir einen Hund mit einem System von bedingten (positiven und negativen) Reflexen auf Reize verschiedener physikalischer Intensität, die in derselben Reihenfolge und in den gleichen Zeitabständen stereotyp verwendet werden. Wenn wir nun bald ganz außerordentlich starke bedingte Reize anwenden, bald die Dauer der Hemmreize sehr verlängern; wenn wir eine sehr feine Differenzierung durchführen oder im System der Reflexe die Zahl der Hemmreize steigern; wenn wir endlich entgegengesetzte Prozesse unmittelbar aufeinander folgen lassen oder sogar gleichzeitig mit entgegengesetzten bedingten Reizen einwirken oder den dynamischen Stereotyp plötzlich verändern, d. h. das fixierte System bedingter Reize in eine entgegengesetzte Folge von Reizen umwandeln, so sehen wir, dass in all diesen Fällen die erwähnten extremen Typen besonders schnell in chronischen pathologischen Zustand geraten, der dann von diesen Typen unterschiedlich widergespiegelt wird. Bei dem erregbaren Typ drückt sich die Neurose darin aus, dass sein Hemmungsprozess, der auch in der Norm schon immer hinter der Stärke des Erregungsprozesses zurückgeblieben war, jetzt sehr schwach wird und fast erlischt. Die ausgearbeiteten, wenn auch nicht absoluten Differenzierungen werden völlig enthemmt, das Erlöschen dehnt sich außerordentlich lange aus, der verspätete Reflex verwandelt sich in einen kurz zurückgestellten usw. Das Tier wird im Allgemeinen bei den Experimenten in seinem Verschlag höchst unruhig und nervös: bald tobt es, bald verfällt es, was weit seltener ist, in einen Schlafzustand, was man vorher an ihm nicht konnte. Die Neurose des schwachen Typs trägt fast ausnahmslos depressiven Charakter. Die bedingt-reflektorische Tätigkeit wird im höchsten Grade ungeordnet und ver-

schwindet meist völlig. Das Tier befindet sich in seinem Verschlaf fast durchgehend im hypnotischen Zustand, dessen verschiedene Phasen es aufweist (keinerlei bedingte Reflexe; das Tier nimmt selbst das ihm angebotene Futter nicht).

Die experimentellen Neurosen sind größtenteils langwierig und ziehen sich über Monate und Jahre hin. Bei den chronischen Neurosen wurden mit Erfolg Heilverfahren erprobt. Schon lange wurde beim Studium der bedingten Reflexe Brom verwendet, wenn es sich um Tiere handelte, die mit den Aufgaben der Hemmung nicht fertig werden konnten. Es ergab sich, dass Brom diesen Tieren eine wesentliche Hilfe war. Ausgedehnte verschiedenartige Reihenversuche mit bedingten Reflexen an Tieren bewiesen zweifellos, dass Brom keine speziell herabsetzende Wirkung auf den Erregungsprozess hat, wie gewöhnlich angenommen wurde, sondern dass es den Hemmungsprozess verstärkt und ihn tonisiert. Die "Widerherstellung der gestörten Nerventätigkeit wurde durch Brom sehr wirksam reguliert, aber unter der bestimmten und sehr wesentlichen Bedingung einer dem Zustand des Nervensystems entsprechenden genauen Dosierung. Man muss bei einem Hunde, falls er zum starken Typ gehört, große Dosen bis zu 2 bis 5 Gramm je Tag anwenden, während diese Dosen beim schwachen Typ unbedingt bis auf Zentigramm und selbst Milligramm herabgesetzt werden müssen. Eine derartige Anwendung von Brom pflegte im Verlauf von etwa zwei Wochen zuweilen schon für die radikale Heilung einer chronischen experimentellen Neurose zu genügen. In letzter Zeit wurden Versuche angestellt, die namentlich in besonders schweren Fällen die noch günstigere therapeutische Wirkung einer Kombination von Brom und Koffein zeigten, jedoch wieder bei einer sehr feinen und in diesem Fall relativen Dosierung. Zu einer Heilung der kranken Tiere kam es bisweilen gleichfalls, wenn auch nicht so schnell und so vollkommen, wenn man die Tiere sich längere oder kürzere Zeit stets aber regelmäßig von der eigentlichen Laborarbeit ausruhen ließ oder sie wenigstens von den schwierigen Aufgaben im System der bedingten Reflexe befreite.

Die beschriebenen Neurosen der Hunde lassen sich am natürlichsten mit den Neurasthenien des Menschen vergleichen, und zwar umso mehr, da manche Neuropathologen auf zwei Formen der Neurasthenie bestehen: der erregten und der depressiven Form. Dann gehören hierher noch einige traumatische Neurosen sowie andere pathologische Reaktionszustände. Man kann annehmen, dass die Anerkennung zweier Signalsysteme der Wirklichkeit beim Menschen speziell zum Verständnis des Mechanismus zweier menschlicher Neurosen, der Hysterie und der Psychasthenie, führt. Wenn man die Menschen auf Grund des Übergewichts des einen Systems über das andere in vorwiegend denkende und in vorwiegend künstlerische Naturen einteilen kann, so wird man verstehen, dass in pathologischen Fällen, also bei einer allgemeinen Unausgeglichenheit des Nervensystems, jene als Psychastheniker, diese aber als Hysteriker erscheinen.

Das physiologische Studium der höheren Nerventätigkeit gibt eine Erklärung des Mechanismus der Neurosen und ist darüber hinaus der Schlüssel zum Verständnis einiger Seiten und Erscheinungen im Krankheitsbild der Psychosen. Wir beschäftigen uns vor allem mit einigen Formen des Wahns, namentlich mit einer Variation des Verfolgungswahns, die PIERRE JANET "Gefühle der Bemächtigung" nennt, so-

wie mit der "Inversion" KRETSCHMERS. Den Kranken verfolgt gerade das, was er besonders zu vermeiden wünscht: Er will geheime Gedanken haben, aber es erscheint ihm unabwendbar, dass sie ständig von anderen aufgedeckt und erkannt werden; er will allein sein, aber ihn quält unausweichlich der Gedanke, dass im Zimmer doch noch jemand sei, obwohl er sich in Wirklichkeit allein darin befindet usw., Bemächtigungsgefühle nach JANET. KRETSCHMER beschreibt, wie zwei Mädchen in der Pubertät für bestimmte Männer Zuneigung gefasst hatten, diese Zuneigung jedoch aus irgendwelchen Motiven in sich unterdrückten. Aus diesem Grunde begann sich bei ihnen ein Zwang zu entwickeln. Ihnen war ihre sexuelle Reinheit und Unantastbarkeit sehr teuer; zu ihrem großen Kummer aber schien es ihnen, dass in ihrem Gesicht eine sexuelle Erregung sichtbar wäre, auf die Leute ihre Aufmerksamkeit richteten. Dann kam es der einen auf einmal unablässig so vor, ja, sie fühlte es sogar, dass sich ein Verführer (die Schlange, von der Eva im Paradies versucht wurde) in ihr befände und bewegte und den Mund zu erreichen suchte. Der anderen aber schien es, dass sie schwanger sei. Diese Erscheinung bezeichnet KRETSCHMER auch als Inversion. Bezüglich ihres Mechanismus ist sie offensichtlich mit dem Bemächtigungsgefühl identisch. Dieses pathologische subjektive Erlebnis kann man ohne weiteres als die physiologische Erscheinung der ultraparadoxen Phase verstehen. Die Vorstellung von der sexuellen Unantastbarkeit verwandelte sich als stärkster positiver Reiz auf dem Hintergrund einer Hemmung, eines unterdrückten Zustandes, in dem sich beide Mädchen befanden, in eine so starke entgegengesetzte, negative Vorstellung, dass sie bis zum Grade einer Empfindung gelangte: bei der einen in der Vorstellung vom Vorhandensein eines Verführers in ihrem Körper und bei der anderen in der Vorstellung von der Schwangerschaft als dem Ergebnis eines Geschlechtsverkehrs. Dasselbe geschieht bei dem Kranken mit dem Bemächtigungsgefühl. Die starke Vorstellung: 'Ich bin allein' verwandelt sich unter denselben Bedingungen in ebenso entgegengesetzte: 'Um mich herum ist immer irgendwer!'.

In den Versuchen mit bedingten Reflexen lässt sich bei verschiedenen schweren pathologischen Zuständen des Nervensystems häufig beobachten, dass eine zeitweilige Hemmung zu einer zeitweiligen Besserung dieser Zustände führt. Bei einem Hund wurden zweimal heftige katatone Zustände beobachtet, die eine beträchtliche Besserung einer hartnäckigen chronischen Nervenerkrankung nach sich zogen; er kehrte in den nachfolgenden Tagen beinahe zum Normalzustand zurück. Im allgemeinen muss man sagen, dass bei den experimentellen Erkrankungen des Nervensystems fast ständig vereinzelt Erscheinungen von Hypnose auftreten, was zu der Annahme berechtigt, dass es sich hier um ein normales Verhalten, nämlich um den physiologischen Kampf gegen das die Krankheit verursachende Agens handelt. Deshalb kann man die katatone Form oder Phase der Schizophrenie, die gänzlich aus hypnotischen Symptomen besteht, als eine physiologische Schutzhemmung auffassen, die die Arbeit des erkrankten Gehirns, dem infolge der Wirkung irgendeines vorläufig noch unbekannten schädlichen Agens die Gefahr einer ernsten Störung oder einer endgültigen Zerstörung drohte, begrenzt oder völlig ausschließt. Bei fast allen Krankheiten weiß die Medizin sehr wohl, dass die erste therapeutische Maßnahme Ruhe für das erkrankte Organ sein muss. Dass eine solche Auffassung des Mechanismus der kata-

tonen Schizophrenie den Tatsachen entspricht, wird dadurch überzeugend bewiesen, dass lediglich diese Form der Schizophrenie einen ziemlich bedeutenden Prozentsatz an Rückkehr zum Normalzustand aufweist, ungeachtet der zuweilen langjährigen (20 Jahre) Dauer des katatonen Zustandes. Von diesem Gesichtspunkt aus erscheinen die verschiedenen Versuche, auf Katatoniker durch erregende Maßnahmen und Mittel einzuwirken, direkt schädlich. Es ist vielmehr eine sehr bedeutende Erhöhung Prozentsatzes der Wiederherstellung der Gesundheit zu erwarten, wenn solche Kranke zu der physiologischen Ruhe durch Hemmung noch vorsätzlich äußere Ruhe genießen und sie nicht den ununterbrochenen starken Reizen des Milieus, z. Bsp. inmitten anderer mehr oder weniger unruhiger Kranker, ausgesetzt sind. Beim Studium der bedingten Reflexe wurden außer einer allgemeinen Erkrankung der Rinde wiederholt außerordentlich interessante Fälle einer ebenfalls experimentell und funktionell hervorgerufenen Erkrankung einzelner, sehr detaillierter Punkte der Rinde beobachtet. Nehmen wir an, wir hätten einen Hund mit einem System mannigfaltiger Reflexe, unter denen sich bedingte Reflexe auf verschiedenartige Laute (Ton, Geräusch, Ticken des Metronoms, Klingeln usw.) befinden, krank aber soll nur einer der Punkte gemacht werden, an denen diese bedingten Reize angreifen, während die übrigen gesund bleiben sollen. Der pathologische Zustand des isolierten Rindenpunktes wird durch das gleiche Vorgehen erreicht, das oben als krankheitserregend beschrieben worden ist. Die Erkrankung erscheint in verschiedenen Formen und Graden. Die leichteste Veränderung drückt sich in einem chronisch hypnotischen Zustand dieses Punktes aus. An Stelle der normalen Relation von Reizwirkung und physikalischer Stärke des Reizes erscheinen an diesem Punkt die ausgleichende und die paradoxe Phase. Das könnte man auf Grund des oben Gesagten als eine physiologische Vorbeugungsmaßnahme bei einem heiklen Zustand dieses Punktes deuten. Bei einer Weiterentwicklung des krankhaften Zustandes hat der Reiz überhaupt keine positive Wirkung mehr, sondern ruft immer nur eine Hemmung hervor. So ist es in einigen Fällen. In anderen ist es genau umgekehrt. Der positive Reflex wird ungewöhnlich stabil: Er erlischt langsamer als die normalen, unterliegt weniger einer nachfolgenden Hemmung durch andere, und zwar bedingte Hemmungsreflexe, fällt häufig wegen seiner Stärke unter all den übrigen bedingten Reflexen auf, was früher, d. h. vor der Erkrankung, nicht der Fall war. Das bedeutet: Der Erregungsprozess wurde in diesem Punkt chronisch krankhaft-träge. Die Reizung des pathologischen Punktes bleibt einmal indifferent gegenüber den Punkten der übrigen Reize, ein anderes Mal kann man diesen Punkt mittels des zu ihm gehörigen Reizes nicht angehen, ohne dass auf die eine oder andere Art das ganze System der Reflexe in Verwirrung gerät. Es liegen Gründe vor anzunehmen, dass bei der Erkrankung eines isolierten Punktes, in dem bald die Hemmungs-, bald die Erregungsprozesse überwiegen, der Mechanismus des krankhaften Zustandes eben in einer Störung des Gleichgewichts zwischen den entgegengesetzten Prozessen besteht. Es wird vorwiegend bald der eine, bald der andere Prozess beträchtlich abgeschwächt. Bei einer pathologischen Trägheit des Erregungsprozesses ist es eine Tatsache, dass Brom (das den Hemmungsprozess verstärkt) häufig diese Trägheit mit Erfolg beseitigt.

Den folgenden Schluss wird man kaum für phantastisch halten. Wenn, wie ganz offensichtlich ist, Stereotypie, Iteration und Perseveration ihre natürliche Grundlage in einer pathologischen Trägheit der Erregungsprozesse verschiedener motorischer Zellen haben, dann muss auch der Mechanismus der sogenannten Zwangsnervenosen und der Paranoia derselbe sein. Es handelt sich nur um andere Zellen oder Zellgruppen, die mit unseren Empfindungen und Vorstellungen verbunden sind. Dabei wird eine Reihe von Empfindungen und Vorstellungen, die mit kranken Zellen verbunden sind, anomal stabil und dem hemmenden Einfluss der anderen zahlreichen Empfindungen und Vorstellungen, die dank dem gesunden Zustand ihrer Zellen der Wirklichkeit mehr entsprechen, nicht zugänglich sein. Die folgende Tatsache, die beim Studium pathologischer bedingter Reflexe häufig beobachtet wurde, hat eine klare Beziehung zu den Nervenosen und Psychosen des Menschen. Es handelt sich um die Zirkularität der Nervenentätigkeit. Die gestörte Nervenentätigkeit war mehr oder weniger regelmäßigen Schwankungen unterworfen. Bald erfolgte eine Periode außerordentlich abgeschwächter Tätigkeit (die bedingten Reflexe waren chaotisch; häufig verschwanden sie völlig oder waren von minimaler Stärke), und dann, nach einigen Wochen oder Monaten, setzte wie spontan ohne sichtbare Ursachen eine mehr oder minder starke Remission oder auch eine völlige Wiederherstellung des Normalzustandes ein, der dann wieder von einer Periode pathologischer Tätigkeit abgelöst wurde. In der Zirkularität wechseln also Perioden einer abgeschwächten Tätigkeit mit solchen einer anomal verstärkten Tätigkeit ab. Man muss in diesen Schwankungen eine Analogie zu der Zykllothymie⁷⁹⁾ und den manisch-depressiven Psychosen⁸⁰⁾ sehen. Am natürlichsten lässt sich diese pathologische Periodizität auf eine Störung der normalen Beziehungen zwischen den Erregungs- und Hemmungsprozessen zurückführen, was auch ihre Wechselwirkungen betrifft. Weil die entgegengesetzten Prozesse nicht in der erforderlichen Zeit und im erforderlichen Maß einander begrenzen, sondern voneinander unabhängig und im Übermaß wirksam sind, steigert sich das Ergebnis ihrer Arbeit bis zum Äußersten, und erst dann wird der eine Prozess vom anderen abgelöst. So erhält man eine andere, und zwar eine außerordentlich übertriebene Periodizität über Wochen und Monate hin, anstelle einer kurzen und deshalb ganz leichten, 24stündigen Periodizität. Endlich darf man eine Erscheinung nicht unerwähnt lassen, die sich bis heute in äußerst starker Form freilich nur bei einem einzigen Hund gezeigt hat, nämlich die außerordentliche Explosivität des Erregungsprozesses. Einige vereinzelte oder auch alle bedingten Reize einen besonders heftigen und übermäßigen (sowohl motorischen als auch sekretorischen Effekt, der aber schnell, noch im Verlauf der Reizeinwirkung, aufhörte. So nahm der Hund z. B. bei einer Bekräftigung des Nahrungsreflexes das Futter schon nicht mehr an. Offensichtlich handelte es sich um eine starke pathologische Labilität des Erregungsprozesses, was der Reizschwäche der menschlichen Klinik entspricht. Fälle einer abgeschwächten Form dieser Erscheinung sind unter gewissen Bedingungen bei Hunden nicht selten.

Alle beschriebenen pathologischen nervalen Symptome treten unter entsprechenden Bedingungen sowohl bei normalen, d.h. operativ nicht veränderten Hunden auf als auch (besonders einige von ihnen, z. B. die Zirkularität) bei kastrierten Tieren, also auf organisch-pathologischer Grundlage. Zahlreiche Versuche haben gezeigt,

dass der hauptsächlichste Wesenszug der Nerventätigkeit von Kastraten die sehr stark vorherrschende Abschwächung des Hemmungsprozesses ist, die sich bei einem starken Typ jedoch im Laufe der Zeit wesentlich bessert.

Zum Abschluss muss noch einmal unterstrichen werden, in welchem Maße sich beim Vergleich der ultraparadoxen Phase mit den Bemächtigungsgefühlen und der Inversion sowie beim Vergleich der pathologischen Trägheit des Erregungsprozesses mit der Zwangsneurose und der Paranoia die physiologischen Erscheinungen mit den Erlebnissen der subjektiven Welt wechselseitig decken und miteinander verschmelzen.

Quelle: Pawlow, Iwan. 1953 (1934). Der bedingte Reflex. Sowjetwissenschaft, Bd. 6, Heft 1, S. 27-42 [Der Artikel wurde von Pawlow 1934 für die Große Medizinische Enzyklopädie geschrieben.]

9.3 Sigmund Freud (1856-1939)

„Es, Ich und Über-Ich.“ Wenn über Psychoanalyse gesprochen wird, dann ist auch immer von Sigmund Freud die Rede, der diese psychologische Theorie und die gleichnamige Therapiemethode begründet. Der Weg Freuds bis zu diesem bahnbrechenden Verständnis der menschlichen Seele war lang und von vielen Umwegen umgeben. Der Österreicher forschte nämlich in Wien beinahe 20 Jahre lang auf somatischem Gebiet und wechselte häufig den Gegenstand seiner Untersuchungen. Waren es anfangs noch die Geschlechtsorgane der Aale, die ihn faszinierten, wurden es später Nervenzellen und Nervenfasern, die seine Aufmerksamkeit erregten. Mitte der 1880er Jahre begann sich Freud unter dem Einfluss von Charcot für die „Hysterie“ zu interessieren – einem Krankheitsbild, das man früher ausschließlich Frauen zuschrieb und das unter Hypnose erforscht bzw. behandelt wurde. Von ihm durchgeführte Forschungen auf diesem Gebiet führten schließlich zu seinen bekannten Theorien. Auch wenn Freud bis auf wenige Monate nie in der Psychiatrie gearbeitet hat, so haben seine Theorien doch entscheidend unser Verständnis der Funktionsweise der menschlichen Psyche beeinflusst. Die Psychoanalyse ist bei bestimmten psychischen Erkrankungen auch heute noch eine häufig angewendete Behandlungsform.

Das Unbewußte und das Bewusstsein - Die Realität (1899)

Wenn wir genauer zusehen, ist es nicht der Bestand von zwei Systemen nahe dem motorischen Ende des Apparats, sondern von zweierlei Vorgängen oder Ablaufarten der Erregung, deren Annahme uns durch die psychologischen Erörterungen der vorstehenden Abschnitte nahegelegt wurde. Es gälte uns gleich; denn unsere Hilfsvor-

stellungen fallenzulassen, müssen wir immer bereit sein, wenn wir uns in der Lage glauben, sie durch etwas anderes zu ersetzen, was der unbekannten Wirklichkeit besser angenähert ist. Versuchen wir es jetzt, einige Anschauungen richtigzustellen, die sich mißverständlich bilden konnten, solange wir die beiden Systeme im nächsten und rohesten Sinne als zwei Lokalitäten innerhalb des seelischen Apparats im Auge hatten, Anschauungen, die ihren Niederschlag in den Ausdrücken „verdrängen“ und „durchdringen“ zurückgelassen haben. Wenn wir also sagen, ein unbewußter Gedanke strebe nach Übersetzung ins Vorbewußte, um dann zum Bewußtsein durchzudringen, so meinen wir nicht, daß ein zweiter, an neuer Stelle gelegener Gedanke gebildet werden soll, eine Umschrift gleichsam, neben welcher das Original fortbesteht; und auch vom Durchdringen zum Bewußtsein wollen wir jede Idee einer Ortsveränderung sorgfältig ablösen. Wenn wir sagen, ein vorbewußter Gedanke wird verdrängt und dann vom Unbewußten aufgenommen, so könnten uns diese dem Vorstellungskreis des Kampfes um ein Terrain entlehnten Bilder zur Annahme verlocken, daß wirklich in der einen psychischen Lokalität eine Anordnung aufgelöst und durch eine neue in der anderen Lokalität ersetzt wird. Für diese Gleichnisse setzen wir ein, was dem realen Sachverhalt besser zu entsprechen scheint, daß eine Energiebesetzung auf eine bestimmte Anordnung verlegt oder von ihr zurückgezogen wird, so daß das psychische Gebilde unter die Herrschaft einer Instanz gerät oder ihr entzogen ist. Wir ersetzen hier wiederum eine topische Vorstellungsweise durch eine dynamische; nicht das psychische Gebilde erscheint uns als das Bewegliche, sondern dessen Inneration.

Dennoch halte ich es für zweckmäßig und berechtigt, die anschauliche Vorstellung der beiden Systeme weiter zu pflegen. Wir weichen jedem Mißbrauch dieser Darstellungsweise aus, wenn wir uns erinnern, daß Vorstellungen, Gedanken, psychische Gebilde im allgemeinen überhaupt nicht in organischen Elementen des Nervensystems lokalisiert werden dürfen, sondern sozusagen zwischen ihnen, wo Widerstände und Bahnungen das ihnen entsprechende Korrelat bilden. Alles, was Gegenstand unserer inneren Wahrnehmung werden kann, ist virtuell, wie das durch den Gang der Lichtstrahlen gegebene Bild im Fernrohr. Die Systeme aber, die selbst nichts Psychisches sind und nie unserer psychischen Wahrnehmung zugänglich werden, sind wir berechtigt anzunehmen gleich den Linsen des Fernrohrs, die das Bild entwerfen. In der Fortsetzung dieses Gleichnisses entspräche die Zensur zwischen zwei Systemen der Strahlenbrechung beim Übergang in ein neues Medium.

Wir haben bisher Psychologie auf eigene Faust getrieben; es ist Zeit, sich nach den Lehrmeinungen umzusehen, welche die heutige Psychologie beherrschen, und deren Verhältnis zu unseren Aufstellungen zu prüfen. Die Frage des Unbewußten in der Psychologie ist nach dem kräftigen Worte von Lipps (1897) weniger eine psychologische Frage als die Frage der Psychologie. Solange die Psychologie diese Frage durch die Worterklärung erledigte, das „Psychische“ sei eben das „Bewusste“, und „unbewußte psychische Vorgänge“ ein greifbarer Widersinn, blieb eine psychologische Verwertung der Beobachtungen, welche ein Arzt an abnormen Seelenzuständen gewinnen konnte, ausgeschlossen. Erst dann treffen der Arzt und der Philosoph zusammen, wenn beide anerkennen, unbewußte psychische Vorgänge seien „der zweckmäßige und wohlberechtigte Ausdruck für eine feststehende Tatsache“. Der

Arzt kann nicht anders, als die Versicherung „das Bewußtsein sei der unentbehrliche Charakter des Psychischen“, mit Achselzucken zurückweisen, und etwa, wenn sein Respekt vor den Äußerungen der Philosophen noch stark genug ist, annehmen, sie behandelten nicht dasselbe Objekt und trieben nicht die gleiche Wissenschaft. Denn auch nur eine einzige verständnisvolle Beobachtung des Seelenlebens eines Neurotikers, eine einzige Traumanalyse muß ihm die unerschütterliche Überzeugung aufdrängen, daß die kompliziertesten und korrektesten Denkvorgänge, denen man doch den Namen psychischer Vorgänge nicht versagen wird, vorfallen können, ohne das Bewußtsein der Person zu erregen. Gewiß erhält der Arzt von diesen unbewußten Vorgängen nicht eher Kunde, als bis sie eine Mitteilung oder Beobachtung zulassende Wirkung auf das Bewußtsein ausgeübt haben. Aber dieser Bewußtseinseffekt kann einen von dem unbewußten Vorgang ganz abweichenden psychischen Charakter zeigen, so daß die innere Wahrnehmung unmöglich den einen als den Ersatz des anderen erkennen kann. Der Arzt muß sich das Recht wahren, durch einen Schlußprozeß vom Bewußtseinseffekt zum unbewußten psychischen Vorgang vorzudringen; er erfährt auf diesem Wege, daß der Bewußtseinseffekt nur eine entfernte psychische Wirkung des unbewußten Vorgangs ist und daß letzterer nicht als solcher bewußt geworden ist, auch daß er bestanden und gewirkt hat, ohne sich noch dem Bewußtsein irgendwie zu verraten.

Die Rückkehr von der Überschätzung der Bewußtseins-eigenschaft wird zur unerläßlichen Vorbedingung für jede richtige Einsicht in den Hergang des Psychischen. Das Unbewußte muß nach dem Ausdrucke von Lipps als allgemeine Basis des psychischen Lebens angenommen werden. Das Unbewußte ist der größere Kreis, der den kleineren des Bewußten in sich einschließt; alles Bewußte hat eine unbewußte Vorstufe, während das Unbewußte auf dieser Stufe stehenbleiben und doch den vollen Wert einer psychischen Leistung beanspruchen kann. Das Unbewußte ist das eigentlich reale Psychische, uns nach seiner inneren Natur so unbekannt wie das Reale der Außenwelt und uns durch die Daten des Bewußtseins ebenso unvollständig gegeben wie die Außenwelt durch die Angaben unserer Sinnesorgane.

Wenn der alte Gegensatz von Bewußtsein und Traumleben durch die Einsetzung des unbewußten Psychischen in die ihm gebührende Stellung entwertet ist, so werden eine Reihe von Traumproblemen abgestreift, welche frühere Autoren noch eingehend beschäftigt haben. So manche Leistungen, über deren Vollziehung im Traume man sich wundern konnte, sind nun nicht mehr dem Traum anzurechnen, sondern dem auch bei Tage arbeitenden unbewußten Denken. Wenn der Traum mit einer symbolisierenden Darstellung des Körpers, nach Scherner, zu spielen scheint, so wissen wir, dies ist die Leistung unbewußter Phantasien, die wahrscheinlich sexuellen Regungen nachgeben und die nicht nur im Traum, sondern auch in den hysterischen Phobien und anderen Symptomen zum Ausdruck kommen. Wenn der Traum Arbeiten des Tages fortführt und erledigt und selbst wertvolle Einfälle ans Licht fördert, so haben wir hievon nur die Traumverkleidung abzuziehen als Leistung der Traumarbeit und als Marke der Hilfeleistung dunkler Mächte der Seelentiefen (vgl.

den Teufel in Tartinis Sonatentraum.²⁴ Die intellektuelle Leistung selbst fällt denselben Seelenkräften zu, die tagsüber alle solche vollbringen. Wir neigen wahrscheinlich in viel zu hohem Maße zur Überschätzung des bewußten Charakters auch der intellektuellen und künstlerischen Produktion. Aus den Mitteilungen einiger höchstproduktiver Menschen, wie Goethe und Helmholtz, erfahren wir doch eher, daß das Wesentliche und Neue ihrer Schöpfungen ihnen einfallsartig gegeben wurde und fast fertig zu ihrer Wahrnehmung kam. Die Mithilfe der bewußten Tätigkeit in anderen Fällen hat nichts Befremdendes, wo eine Anstrengung aller Geisteskräfte vorlag. Aber es ist das viel mißbrauchte Vorrecht der bewußten Tätigkeit, daß sie uns alle anderen verdecken darf, wo immer sie tritt.

Es verlohnt sich kaum der Mühe, die historische Bedeutung der Träume als ein besonderes Thema aufzustellen. Wo ein Häuptling etwa durch einen Traum zu einem kühnen Unternehmen bestimmt wurde, dessen Erfolg verändernd in die Geschichte eingegriffen hat, da ergibt sich ein neues Problem nur so lange, als man den Traum wie eine fremde Macht anderen vertrauteren Seelenkräften gegenüberstellt, nicht mehr, wenn man den Traum als eine Form des Ausdrucks für Regungen betrachtet, auf denen bei Tag ein Widerstand lastete und die sich bei Nacht Verstärkung aus tiefliegenden Erregungsquellen holen konnten. Die Achtung aber, mit der dem Traum bei den alten Völkern begegnet wurde, ist eine auf richtige psychologische Ahnung gegründete Huldigung vor dem Ungebändigten und Unzerstörbaren in der Menschenseele, dem Dämonischen, welches den Traumwunsch hergibt und das wir in unserem Unbewußten wiederfinden.

Ich sage nicht ohne Absicht, in unserem Unbewußten, denn was wir so heißen, deckt sich nicht mit dem Unbewußten der Philosophen, auch nicht mit dem Unbewußten bei Lipps. Dort soll es bloß den Gegensatz zu dem Bewußten bezeichnen; daß es außer den bewußten Vorgängen auch unbewußte psychische gibt, ist die heiß bestrittene und energisch verteidigte Erkenntnis. Bei Lipps hören wir von dem weiter reichenden Satz, daß alles Psychische als unbewußt vorhanden ist, einiges davon dann auch als bewußt. Aber nicht zum Erweis für diesen Satz haben wir die Phänomene des Traums und der hysterischen Symptombildung herangezogen; die Beobachtung des normalen Tageslebens reicht allein hin, ihn über jeden Zweifel festzustellen. Das Neue, was uns die Analyse der psychopathologischen Bildungen und schon ihres ersten Gliedes, der Träume, gelehrt, besteht darin, daß das Unbewußte - also das Psychische - als Funktion zweier gesonderter Systeme vorkommt und schon im normalen Seelenleben so vorkommt. Es gibt also zweierlei Unbewußtes, was wir von den Psychologen noch nicht gesondert finden. Beides ist Unbewußtes im Sinne der Psychologie; aber in unserem ist das eine, das wir Ubw heißen, auch bewußtseinsfähig, während das andere, Vbw, von uns darum so genannt wird, weil dessen Erregungen,

²⁴ Der Komponist und Geiger Tartini (1692-1770) hat angeblich einmal geträumt, er habe seine Seele dem Teufel verkauft. Daraufhin habe der Teufel eine Geige ergriffen und mit vollendeter Technik eine überaus schöne Sonate gespielt. Beim Erwachen habe Tartini sofort aufgeschrieben, was er noch davon erinnern konnte, und so entstand seine berühmte „Teufelstriller-Sonate“.

zwar auch nach Einhaltung gewisser Regeln, vielleicht erst unter Überstehung einer neuen Zensur, aber doch ohne Rücksicht auf das Ubw-System zum Bewußtsein gelangen können. Die Tatsache, daß die Erregungen, um zum Bewußtsein zu kommen, eine unabänderliche Reihenfolge, einen Instanzenzug durchzumachen haben, der uns durch ihre Zensurveränderung verraten wurde, diente uns zur Aufstellung eines Gleichnisses aus der Räumlichkeit. Wir beschrieben die Beziehungen der beiden Systeme zueinander und zum Bewußtsein, indem wir sagten, das System Vbw stehe wie ein Schirm zwischen dem System Ubw und dem Bewußtsein. Das System Vbw sperre nicht nur den Zugang zum Bewußtsein, es beherrsche auch den Zugang zur willkürlichen Motilität und verfüge über die Aussendung einer mobilen Besetzungsenergie, von der uns ein Anteil als Aufmerksamkeit vertraut ist.

Auch von der Unterscheidung Ober- und Unterbewußtsein, die in der neueren Literatur der Psychoneurosen so beliebt geworden ist, müssen wir uns fernhalten, da gerade sie die Gleichstellung des Psychischen und des Bewußten zu betonen scheint.

Welche Rolle verbleibt in unserer Darstellung dem einst allmächtigen, alles andere verdeckenden Bewußtsein? Keine andere als die eines Sinnesorgans zur Wahrnehmung psychischer Qualitäten. Nach dem Grundgedanken unseres schematischen Versuchs können wir die Bewußtseinswahrnehmung nur als die eigene Leistung eines besonderen Systems auffassen, für welches sich die Abkürzungsbezeichnung Bw empfiehlt. Dies System denken wir uns in seinen mechanischen Charakteren ähnlich wie die Wahrnehmungssysteme W., also erregbar durch Qualitäten und unfähig, die Spur von Veränderungen zu bewahren, also ohne Gedächtnis. Der psychische Apparat, der mit dem Sinnesorgan der W-Systeme der Außenwelt zugekehrt ist, ist selbst Außenwelt für das Sinnesorgan des Bw, dessen teleologische Rechtfertigung in diesem Verhältnisse ruht. Das Prinzip des Instanzenzugs, welches den Bau des Apparats zu beherrschen scheint, tritt uns hier nochmals entgegen. Das Material an Erregungen fließt dem Bw-Sinnesorgan von zwei Seiten her zu, von dem W-System her, dessen durch Qualitäten bedingte Erregung wahrscheinlich eine neue Verarbeitung durchmacht, bis sie zur bewußten Empfindung wird, und aus dem Innern des Apparats selbst, dessen quantitative Vorgänge als Qualitätenreihe der Lust und Unlust empfunden werden, wenn sie bei gewissen Veränderungen angelangt sind.

Die Philosophen, welche innewurden, daß korrekte und hoch zusammengesetzte Gedankenbildungen auch ohne Dazutun des Bewußtseins möglich sind, haben es dann als Schwierigkeit erfunden, dem Bewußtsein eine Verrichtung zuzuschreiben; es erschien ihnen als überflüssige Spiegelung des vollendeten psychischen Vorgangs. Die Analogie unseres Bw-Systems mit den Wahrnehmungssystemen entreißt uns dieser Verlegenheit. Wir sehen, daß die Wahrnehmung durch unsere Sinnesorgane die Folge hat, eine Aufmerksamkeitsbesetzung auf die Wege zu leiten, nach denen die ankommende Sinneserregung sich verbreitet; die qualitative Erregung des W-Systems dient der mobilen Quantität im psychischen Apparat als Regulator ihres Ablaufs. Dieselbe Verrichtung können wir für das überlagernde Sinnesorgan des Bw-Systems in Anspruch nehmen. Indem es neue Qualitäten wahrnimmt, leistet es einen neuen Beitrag zur Lenkung und zweckmäßigen Verteilung der mobilen Besetzungs-

quantitäten. Mittels der Lust- und Unlustwahrnehmung beeinflusst es den Verlauf der Besetzungen innerhalb des sonst unbewußt und durch Quantitätsverschiebungen arbeitenden psychischen Apparats. Es ist wahrscheinlich, daß das Unlustprinzip die Verschiebungen der Besetzung zunächst automatisch regelt; aber es ist sehr wohl möglich, daß das Bewußtsein dieser Qualitäten eine zweite und feinere Regulierung hinzutut, die sich sogar der ersteren widersetzen kann und die Leistungsfähigkeit des Apparats vervollkommenet, indem sie ihn gegen seine ursprüngliche Anlage in den Stand setzt, auch was mit Unlustentbindung verknüpft ist, der Besetzung und Bearbeitung zu unterziehen. Aus der Neurosenpsychologie erfährt man, daß diesen Regulierungen durch die Qualitätserregung der Sinnesorgane eine große Rolle bei der Funktionstätigkeit des Apparats zugedacht ist. Die automatische Herrschaft des primären Unlustprinzips und die damit verbundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit wird durch die sensiblen Regulierungen, die selbst wieder Automatismen sind, gebrochen. Man erfährt, daß die Verdrängung, die, ursprünglich zweckmäßig, doch in schädlichen Verzicht auf Hemmung und seelische Beherrschung ausläuft, sich so viel leichter an Erinnerungen als an Wahrnehmungen vollzieht, weil bei ersteren der Besetzungszuwachs durch die Erregung der psychischen Sinnesorgane ausbleiben muß. Wenn ein abzuwehrender Gedanke einerseits nicht bewußt wird, weil er der Verdrängung unterlegen ist, so kann er andere Male nur darum verdrängt werden, weil er aus anderen Gründen der Bewußtseinswahrnehmung entzogen wurde. Es sind das Winke, deren sich die Therapie bedient, um vollzogene Verdrängungen rückgängig zu machen.

Der Wert der Überbesetzung, welche durch den regulierenden Einfluß des Bw-Sinnesorgans auf die mobile Quantität hergestellt wird, ist im teleologischen Zusammenhang durch nichts besser dargetan als durch die Schöpfung einer neuen Qualitätenreihe und somit einer neuen Regulierung, welche das Vorrecht des Menschen vor den Tieren ausmacht. Die Denkvorgänge sind nämlich an sich qualitätslos bis auf die sie begleitenden Lust- und Unlusterregungen, die ja als mögliche Störung des Denkens in Schranken gehalten werden sollen. Um ihnen eine Qualität zu verleihen, werden sie beim Menschen mit den Worterinnerungen assoziiert, deren Qualitätsreste genügen, um die Aufmerksamkeit des Bewusstseins auf sich zu ziehen und von ihm aus dem Denken eine neue mobile Besetzung zuzuwenden.

Die ganze Mannigfaltigkeit der Bewußtseinsprobleme läßt sich erst bei der Zergliederung der hysterischen Denkvorgänge übersehen. Man empfängt dann den Eindruck, daß auch der Übergang vom Vorbewußten zur Bewußtseinsbesetzung mit einer Zensur verknüpft ist, ähnlich der Zensur zwischen Ubw und Vbw. Auch diese Zensur setzt erst bei einer gewissen quantitativen Grenze ein, so daß ihr wenig intensive Gedankenbildungen entgehen. Alle möglichen Fälle der Abhaltung von dem Bewußtsein sowie des Durchdringens zu demselben unter Einschränkungen finden sich im Rahmen der psychoneurotischen Phänomene vereinigt; sämtlich weisen sie auf den innigen und zweiseitigen Zusammenhang zwischen Zensur und Bewußtsein hin. Mit der Mitteilung zweier derartiger Vorkommnisse will ich diese psychologischen Erörterungen beschließen.

Ein Konsilium im Vorjahre führte mich zu einem intelligent und unbefangenen blickenden Mädchen. Ihr Aufzug ist befremdend; wo doch sonst die Kleidung des Weibes bis in die letzte Falte beseelt ist, trägt sie einen Strumpf herabhängend und zwei Knöpfe der Bluse offen. Sie klagt über Schmerzen in einem Bein und entblößt unaufgefordert eine Wade. Ihre Hauptklage aber lautet wörtlich: Sie hat ein Gefühl im Leib, als ob etwas darin stecken würde, was sich hin und her bewegt und sie durch und durch erschüttert. Manchmal wird ihr dabei der ganze Leib wie steif. Mein mit-anwesender Kollege sieht mich dabei an; er findet die Klage nicht mißverständlich. Merkwürdig erscheint uns beiden, daß die Mutter der Kranken sich dabei nichts denkt; sie muß sich ja wiederholt in der Situation befunden haben, welche ihr Kind beschreibt. Das Mädchen selbst hat keine Ahnung von dem Belang ihrer Rede, sonst würde sie dieselbe nicht im Munde führen. Hier ist es gelungen, die Zensur so abzublenken, daß eine sonst im Vorbewußten verbleibende Phantasie wie harmlos in der Maske einer Klage zum Bewußtsein zugelassen wird.

Ein anderes Beispiel: Ich beginne eine psychoanalytische Behandlung mit einem vierzehnjährigen Knaben, der an tic convulsif, hysterischem Erbrechen, Kopfschmerz u. dgl. leidet, indem ich ihm versichere, er werde nach dem Augenschluß Bilder sehen oder Einfälle bekommen, die er mir mitteilen soll. Er antwortet in Bildern. Der letzte Eindruck, ehe er zu mir gekommen ist, lebt in seiner Erinnerung visuell auf. Er hatte mit seinem Onkel ein Brettspiel gespielt und sieht jetzt das Brett vor sich. Er erörtert verschiedene Stellungen, die günstig sind oder ungünstig, Züge, die man nicht machen darf. Dann sieht er auf dem Brett einen Dolch liegen, einen Gegenstand, den sein Vater besitzt, den aber seine Phantasie auf das Brett verlegt. Dann liegt eine Sichel auf dem Brett, dann kommt eine Sense hinzu, und jetzt tritt das Bild eines alten Bauern auf, der das Gras vor dem entfernten heimatlichen Hause mit der Sense mäht. Nach wenigen Tagen habe ich das Verständnis für diese Aneinanderreihung von Bildern gewonnen. Unerfreuliche Familienverhältnisse haben den Knaben in Aufregung gebracht. Ein harter, jähzorniger Vater, der mit der Mutter in Unfrieden lebte, dessen Erziehungsmittel Drohungen waren; die Scheidung des Vaters von der weichen und zärtlichen Mutter; die Wiederverheiratung des Vaters, der eines Tages eine junge Frau als die neue Mama nach Hause brachte. In den ersten Tagen nachher brach die Krankheit des vierzehnjährigen Knaben aus. Es ist die unterdrückte Wut gegen den Vater, die jene Bilder zu verständlichen Anspielungen zusammengesetzt hat. Eine Reminiszenz aus der Mythologie hat das Material gegeben. Die Sichel ist die, mit der Zeus den Vater entmannte, die Sense und das Bild des Bauern schildern den Kronos, den gewalttätigen Alten, der seine Kinder frißt und an dem Zeus so unkindlich Rache nimmt. Die Heirat des Vaters war eine Gelegenheit, ihm die Vorwürfe und Drohungen zurückzugeben, die das Kind früher einmal von ihm gehört hatte, weil es mit den Genitalien spielte (das Brettspiel; die verbotenen Züge; der Dolch, mit dem man umbringen kann). Hier sind es lang verdrängte Erinnerungen und deren unbewußt gebliebene Abkömmlinge, die auf dem ihnen eröffneten Umwege sich als scheinbar sinnlose Bilder ins Bewußtsein schleichen.

So würde ich also den theoretischen Wert der Beschäftigung mit dem Traum in den Beiträgen zur psychologischen Erkenntnis und in der Vorbereitung für das

Verständnis der Psychoneurosen suchen. Wer vermag zu ahnen, zu welcher Bedeutung sich eine gründliche Bekanntschaft mit dem Bau und den Leistungen des Seelenapparats noch erheben kann, wenn schon der heutige Stand unseres Wissens eine glückliche therapeutische Beeinflussung der an sich heilbaren Formen von Psychoneurosen gestattet? Und der praktische Wert dieser Beschäftigung, höre ich fragen, für die Seelenkenntnis, die Aufdeckung der verborgenen Charaktereigenschaften der einzelnen? Haben denn die unbewußten Regungen, die der Traum offenbart, nicht den Wert von realen Mächten im Seelenleben? Ist die ethische Bedeutung der unterdrückten Wünsche gering anzuschlagen, die, wie sie Träume schaffen, eines Tages anderes schaffen können?

Ich fühle mich nicht berechtigt, auf diese Fragen zu antworten. Meine Gedanken haben diese Seite des Traumproblems nicht weiter verfolgt. Ich meine nur, jedenfalls hatte der römische Kaiser unrecht, welcher einen Untertanen hinrichten ließ, weil dieser geträumt hatte, daß er den Imperator ermordet. Er hätte sich zuerst darum kümmern sollen, was dieser Traum bedeutete; sehr wahrscheinlich war es nicht dasselbe, was er zur Schau trug. Und selbst wenn ein Traum, der anders lautete, diese majestätsverbrecherische Bedeutung hätte, wäre es noch am Platze, des Wortes von Plato zu gedenken, daß der Tugendhafte sich begnügt, von dem zu träumen, was der Böse im Leben tut. Ich meine also, am besten gibt man die Träume frei. Ob den unbewußten Wünschen Realität zuzuerkennen ist, kann ich nicht sagen. Allen Übergangs- und Zwischengedanken ist sie natürlich abzusprechen. Hat man die unbewußten Wünsche, auf ihren letzten und wahrsten Ausdruck gebracht, vor sich, so muß man wohl sagen, daß die psychische Realität eine besondere Existenzform ist, welche mit der materiellen Realität nicht verwechselt werden soll. Es erscheint dann ungerechtfertigt, wenn die Menschen sich sträuben, die Verantwortung für die Immoralität ihrer Träume zu übernehmen. Durch die Würdigung der Funktionsweise des seelischen Apparats und die Einsicht in die Beziehung zwischen Bewußtem und Unbewußtem wird das ethisch Anstößige unseres Traum- und Phantasiebens meist zum Verschwinden gebracht.

„Was der Traum uns an Beziehungen zur Gegenwart (Realität) kundgetan hat, wollen wir dann auch im Bewußtsein aufsuchen und dürfen uns nicht wundern, wenn wir das Ungeheuer, das wir unter dem Vergrößerungsglas der Analyse gesehen haben, dann als Infusionstierchen wiederfinden.“ (H. Sachs)

Für das praktische Bedürfnis der Charakterbeurteilung des Menschen genügt zumeist die Tat und die bewußt sich äußernde Gesinnung. Die Tat vor allem verdient in die erste Reihe gestellt zu werden, denn viele zum Bewußtsein durchgedrungene Impulse werden noch durch reale Mächte des Seelenlebens vor ihrem Einmünden in die Tat aufgehoben; ja, sie begegnen oft darum keinem psychischen Hindernis auf ihrem Wege, weil das Unbewußte ihrer anderweitigen Verhinderung sicher ist. Es bleibt auf alle Fälle lehrreich, den viel druchwühlten Boden kennenzulernen, auf dem unsere Tugenden sich stolz erheben. Die nach allen Richtungen hin dynamisch bewegte Komplikation eines menschlichen Charakters fügt sich höchst selten der Erledigung durch eine einfache Alternative, wie unsere überjährige Morallehre es möchte.

Und der Wert des Traums für die Kenntnis der Zukunft? Daran ist natürlich nicht zu denken. Man möchte dafür einsetzen: für die Kenntnis der Vergangenheit. Denn aus der Vergangenheit stammt der Traum in jedem Sinne. Zwar entbehrt auch der alte Glaube, daß der Traum uns die Zukunft zeigt, nicht völlig des Gehalts an Wahrheit. Indem uns der Traum einen Wunsch als erfüllt vorstellt, führt er allerdings in die Zukunft; aber diese vom Träumer für gegenwärtig genommene Zukunft ist durch den unzerstörbaren Wunsch zum Ebenbild jener Vergangenheit gestaltet.

Quelle: Freud, Sigmund. 1900. Die Traumdeutung. Leipzig / Wien: Franz Deuticke. GW 2/3, S. 614-626;

9.4 Emil Kraepelin (1856-1926)

Auf den in München geborenen Psychiater Emil Kraepelin geht die Einteilung der Psychosen in die Gruppe der Schizophrenie (Störungen des Denkens, Wahrnehmens und Handelns) und der Affektiven Psychosen (bipolare oder manisch-depressive Störungen) zurück. Wichtige Stationen seines Schaffens waren renommierte Universitäten wie Leipzig, Heidelberg, München und Dorpat, der einzigen deutschsprachigen Hochschule im damaligen Russischen Zarenreich. Um die Forschungen im Bereich der psychischen Störungen auszubauen, gründete Kraepelin 1917 in München die Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, aus der sich später das heutige Max-Planck-Institut für Psychiatrie entwickelt hat. Trotz seiner vielen herausragenden Leistungen auf dem Gebiet der Psychiatrie wird Kraepelin zum Teil sehr kritisch betrachtet, da er auch antihumane Ansätze in die Behandlung psychisch kranker Menschen eingebracht haben soll. So stellte er zum Beispiel zur Diskussion, bei welchen psychischen Erkrankungen eine Zwangssterilisation angemessen wäre. Zwar konnte er selbst sich nicht für ein Abgrenzungskriterium entscheiden, doch die von ihm ausgesprochenen Überlegungen lieferten Nährstoff für die Praxis der Zwangssterilisation psychisch Kranker während des NS-Regimes.

Die Eintheilung der Seelenstörungen (1899)

Den Ausgangspunkt einer ärztlichen Erkenntniss der Geistesstörungen bildet naturgemäss die Begriffsbestimmung und Umgrenzung einzelner Krankheitsformen. Zu einer befriedigenden Lösung dieser Aufgabe müssten uns einerseits die Veränderungen im Ablaufe der physiologischen Vorgänge unserer Hirnrinde, andererseits die mit ihnen zusammenhängenden psychischen Functionsstörungen genau bekannt sein. Nur dann offenbar wären wir im Stande, aus den psychischen Erscheinungen auf die krankhaften körperlichen Grundlagen derselben sowie weiterhin auf die Ursachen des

ganzen Krankheitsvorganges zurückzuschliessen und umgekehrt. Leider sind wir von einer derartigen tieferen Einsicht in das Zustandekommen der Geisteskrankheiten heute nur allzu weit noch entfernt. Wir können uns aber auch nicht verhehlen, dass gerade die Annäherung an jenes uns zunächst vorschwebende Ziel uns höchst wahrscheinlich immer eindringender die Unmöglichkeit einer wirklich durchgreifenden Eintheilung der Seelenstörungen darthun wird.

Ueberall, wo wir den Versuch wagen, Lebensvorgänge ohne Rest und ohne Zwischenstufen in ein Schema einzuordnen, machen wir die Erfahrung, dass sich die anfangs scharf erscheinenden Grenzen bei genauerer Erkenntniss des Gegenstandes immer mehr verwischen, dass von jedem Beobachtungstypus zahllose, unmerklich abweichende Glieder zu den benachbarten Typen hinüberführen. Der Unmöglichkeit einer durchgreifenden Scheidung zwischen gesunden und krankhaften Zuständen haben wir früher schon gedacht; ebenso werden wir mit Bestimmtheit erwarten müssen, zwischen einzelnen schulmässigen „Krankheitsformen“ alle möglichen Uebergänge im Leben anzutreffen. Sehen wir doch auch in der inneren Medicin selbst die eigenartigsten Krankheitsgruppen, die acuten Infectionskrankheiten, sich durch eine Menge von „nicht ausgesprochenen“, „abortiven“ u. s. w. Fällen allmählich in anders benannte „Krankheitsspecies“ hinein verlieren ! Eine besonders grosse Ausdehnung wird das Gebiet der Zwischenformen bei den Geistesstörungen durch den Umstand gewinnen müssen, dass die einzelnen Theile des Gehirns nicht die gleichen Verrichtungen haben. Nicht nur die Art und Stärke der krankhaften Veränderungen, sondern auch ihr besonderer Sitz wird daher vermuthlich eine unübersehbare Folge feinerer Abstufungen in der Gestaltung des psychischen Zustandes zu erzeugen im Stande sein.

Wenn wir somit von einer glatten Eintheilung der Seelenstörungen, etwa im Sinne Linne's, für alle Zeiten und von einer Aufstellung wissenschaftlich fest begründeter Typen für jetzt noch absehen müssen, so fordert doch das praktische Bedürfniss schon heute "wenigstens eine ungefähre Gruppierung des Erfahrungsrohstoffes, die um so bleibenderen Werth besitzen wird, je weniger sie sich durch vorgefasste Meinungen in der nüchternen Verarbeitung der Thatsachen beeinflussen lässt.

Die sicherste Grundlage für eine derartige Eintheilung der Irreseinsformen scheint, namentlich im Hinblick auf die Erfahrungen der inneren Medicin, zunächst die pathologische Anatomie zu versprechen. Leider indessen liegt die Aussicht auf die Feststellung verwerthbarer Leichenbefunde für die grosse Mehrzahl der Geistesstörungen noch in weiter Ferne. Selbst dort aber, wo wir schon heute gröbere Veränderungen im Gehirne nachzuweisen vermögen, fehlt uns doch durchaus noch das genauere Verständniss für den Zusammenhang der anatomischen Thatsachen mit den klinischen Erscheinungen, so dass wir es nur in einzelnen Ausnahmefällen (Miss- oder Hemmungsbildungen, ausgedehnte Zerstörungen, hochgradige Atrophie) wagen dürften, am Sectionstische einigermaßen zuversichtliche Vermuthungen über den psychischen Zustand während des Lebens auszusprechen. An der Unzulänglichkeit des Beobachtungsmaterials wie an der Schwierigkeit des Rückschlusses auf klinische Erscheinungen sind daher auch die bisherigen Versuche einer pathologisch-anatomischen Eintheilung der Geistesstörungen sämmtlich gescheitert.

Kaum weniger schwerwiegende Einwände lassen sich gegen den Versuch einer Eintheilung der Psychosen nach den Ursachen vorbringen, die noch in neuester Zeit mit Nachdruck als die allein werthvolle hingestellt worden ist. Allerdings kennen wir schon heute einige Ursachen, deren Einfluss sich in ganz bestimmten klinischen Merkmalen geltend macht und somit umgekehrt aus diesen erschlossen werden kann. Dahin gehören namentlich die verschiedenen Formen von Vergiftung und einzelne körperliche Erkrankungen, Kopfverletzungen, ferner wahrscheinlich die Erschöpfung, vielleicht manche heftige Gemüthserschütterungen und endlich die schwereren Formen der erblichen Entartung, deren Wesen und Wirkungsweise unserem Verständnisse freilich noch sehr fern liegt. Dem gegenüber sind die Ursachen des Irreseins in der erdrückenden Mehrzahl der Fälle für uns vollständig dunkel, wie jede ehrliche Würdigung der täglichen Erfahrung ohne weiteres wird eingestehen müssen.

Das liegt nicht allein an äusseren Zufälligkeiten, an der Schwierigkeit, gute Anamnesen zu erhalten, sondern ist wol in der Natur der Geistesstörungen selbst begründet. Am häufigsten haben wir es hier mit solchen Erkrankungen zu thun, deren wesentliche Ursachen in der Veranlagung oder in völlig unbekannten inneren Zuständen des Organismus gelegen sind. Ausserdem aber spielt die Eigenart des Einzelnen auch für sein Verhalten gegen äussere Schädlichkeiten in diesem Gebiete vielfach eine entscheidende Rolle. Gerade die Erforschung und Zergliederung geistiger und körperlicher Persönlichkeiten ist indessen leider bisher nicht über die allerersten Anfänge hinausgekommen. Endlich wird zu berücksichtigen sein, dass die Ursachen der Geistesstörungen anscheinend vielfach in Verbindung mit einander wirken, so dass sich auch aus diesem Grunde der innere Zusammenhang der gegebenen Erscheinungen fast niemals mit jener Klarheit durchschauen lässt wie etwa bei dem Entstehen einer Infektionskrankheit.

Bei weitem am häufigsten ist der Weg einer Eintheilung der Geistesstörungen nach ihren klinischen Zeichen eingeschlagen worden, weil die Erscheinungen des Irreseins dem Beobachter am unmittelbarsten in die Augen fallen. Auch dieses Verfahren stösst sehr bald auf Schwierigkeiten, sobald es gilt, das Wesentliche vom Zufälligen und Nebensächlichen zu unterscheiden. Es führt mit einer gewissen Nothwendigkeit zur Ueberschätzung des einzelnen Merkmals, zu der Neigung, alle Krankheitsfälle zu einer Form zusammenzufassen, denen eine bestimmte auffallendere Störung gemeinsam ist. Die Geschichte der Psychiatrie bis auf die Gegenwart herab ist voll von derartigen Verirrungen. Heute freilich sollte allein das Beispiel der Dementia paralytica lehren, dass es einzelne untrügliche Kennzeichen auf dem Gebiete des Irreseins schlechterdings nicht giebt, sondern dass nur das Gesamtbild eines Krankheitsfalles in seiner Entwicklung vom Anfang bis zum Ende die Berechtigung zur Vereinigung mit anderen gleichartigen Beobachtungen gewähren kann. Dieselben Einzelercheinungen können sich, wie die Erfahrung zeigt, unter gewissen Umständen in sonst völlig auseinandergehenden Fällen einstellen, wie etwa Fieber, Husten, Brustschmerzen u. s. f. bei den verschiedenartigsten Lungenerkrankungen. Dazu kommt, dass uns bei der Unvollkommenheit unserer Forschungsmittel die vielleicht durchaus verschiedene Entstehungsweise und Bedeutung für wesensgleich gehaltener Erscheinungen gänzlich verborgen bleiben kann. Man denke nur an die Verwirrung,

welche etwa ein Zusammenwerfen aller körperlichen Erkrankungen mit Albuminurie zur Folge haben würde!

Besässen wir auf einem der drei Gebiete, der pathologischen Anatomie, der Aetiologie oder der Symptomatologie des Irreseins eine durchaus erschöpfende Kenntniss aller Einzelheiten, so würde sich nicht nur von jedem derselben her eine einheitliche und durchgreifende Eintheilung der Psychosen auffinden lassen, sondern jede dieser drei Gruppierungen würde auch — diese Forderung ist der Grundpfeiler unserer wissenschaftlichen Forschung überhaupt — mit den beiden anderen wesentlich zusammenfallen. Die aus den gleichen Ursachen hervorgegangenen Krankheitsfälle würden stets auch dieselben Erscheinungen und denselben Leichenbefund darbieten müssen. Aus dieser Grundanschauung ergiebt sich, dass die klinische Gruppierung der psychischen Störungen sich auf alle drei Hülfsmittel der Eintheilung, denen man noch die aus dem Verlaufe, dem Ausgange, ja der Behandlung gewonnenen Erfahrungen hinzufügen muss, gleichzeitig zu stützen haben wird. Je mehr sich dabei die aus der verschiedenartigen Betrachtung gewonnenen Formen mit einander decken, desto grösser ist die Sicherheit, dass diese letzteren wirklich eigenartige Krankheitszustände darstellen.

Gerade dieses Verfahren ist auf der heutigen Entwicklungsstufe unserer Wissenschaft das einzige, welches auch die an uns herantretenden praktischen Forderungen einigermaßen zu befriedigen vermag. Die erste Aufgabe des Arztes am Krankenbette ist es, sich ein Urtheil über den voraussichtlichen weiteren Verlauf des Krankheitsfalles zu bilden. Diese Frage wird unter allen Umständen zunächst an ihn gerichtet. Der Werth jeder Diagnose für die praktische Thätigkeit des Irrenarztes bemisst sich daher ganz wesentlich danach, wie weit sie sichere Ausblicke in die Zukunft eröffnet. Gleiche Krankheitsursachen werden im allgemeinen auch einen gleichen Verlauf des Leidens bedingen, und aus den klinischen Zeichen müssen wir im Stande sein, die weiteren Schicksale unseres Kranken in grossen Zügen herauszulesen. Zur Erreichung dieses Zieles ist es nöthig, alle Handhaben zu ergreifen, welche die Beobachtung uns irgend zu bieten vermag: das ist der Grundsatz, der uns überall leiten sollte, wo wir es mit der Abgrenzung und Begriffsbestimmung einzelner Krankheitsformen zu thun haben.

Wenn wir in diesem Sinne auch heute schon thatsächlich eine ganze Reihe von Psychosen kennen, die mindestens ebenso gut gekennzeichnet sind wie die Mehrzahl der körperlichen „Krankheiten“, so setzen doch grosse Gebiete des Irreseins den Eintheilungsbestrebungen derartige Schwierigkeiten entgegen, dass man nicht selten eine befriedigende Gruppierung der Seelenstörungen als eine vielleicht überhaupt unlösbare Aufgabe betrachtet hat. Ich kann diese Anschauung nur insoweit theilen, als sie die oben erwähnten grundsätzlichen Hindernisse einer Einzwängung von Lebensvorgängen in scharf abgegrenzte Formen im Auge hat. Dagegen scheint mir der so eben angedeutete Weg durchaus gangbar. Jedem Irrenarzte ist es bekannt, dass uns bisweilen Fälle begegnen, welche in jeder Beziehung, nach Entstehungsart, allen Einzelheiten der Krankheitserscheinungen und weiterem Verlaufe eine geradezu verblüffende Uebereinstimmung mit einander darbieten. Derartige Beobachtungen werden den natürlichen Ausgangspunkt unserer Eintheilungsbestrebungen zu bilden haben.

Durch strenge Ausscheidung aller nicht ganz dem ersten Typus entsprechenden Fälle werden wir zunächst zur Aufstellung zahlreicher kleinerer, wenig von einander abweichender Gruppen geführt, deren nähere und fernere Verwandtschaft sich beim Ueberblick über grosse Beobachtungsreihen unschwer wird erkennen lassen. Die gewissenhafte Zersplitterung der Formen in ihre kleinsten und anscheinend unbedeutendsten Abänderungen, wie wir sie etwa heute in der Lehre von der Muskelatrophie wiederfinden, ist somit die unerlässliche Vorstufe für die Gewinnung wirklich einheitlicher, der Natur entsprechender Krankheitsbilder.

Bis zur Erreichung dieses Zieles bedarf es noch lange fortgesetzter, sorgfältiger Einzelbeobachtung. Niemand wird daher die lediglich vorläufige Bedeutung aller heute möglichen Aufstellungen verkennen wollen, aber man darf dennoch hoffen, dass die weitere Entwicklung der klinischen, alle Eigenthümlichkeiten unseres Gegenstandes gleichmässig verwerthenden Betrachtungsweise uns in nicht allzu langer Zeit zu einer Gruppierung der Psychosen führen wird, welche sich den entsprechenden Leistungen im Bereiche der übrigen Medicin völlig gleichberechtigt an die Seite zu stellen vermag.

Die von mir im folgenden durchgeführte Eintheilung beginnt mit denjenigen Formen des Irreseins, die durch äussere Ursachen hervorgerufen werden. Dahin gehören die Geistesstörungen nach infectiösen Erkrankungen, die Erschöpfungspsychosen, insofern sie ebenfalls in der Regel durch schwere körperliche Schädigungen erzeugt werden, endlich die Vergiftungen. An die Vergiftungen durch von aussen eindringende Stoffe schliessen sich die Selbstvergiftungen durch Stoffwechselerzeugnisse an, von denen wir allerdings auf unserem Gebiete etwas genauer heute nur die Folgezustände der Schilddrüsenerkrankungen kennen. Es liegen indessen, wie ich glaube, eine Reihe von Anhaltspunkten für die Annahme vor, dass auch noch andere Formen des Irreseins, insbesondere die *Dementia praecox* und die Paralyse, auf Selbstvergiftungen beruhen, deren Wesen und Entstehung dort freilich noch gänzlich unbekannt ist, während wir hier als letzte Ursache in der Regel eine syphilitische Ansteckung zu verzeichnen haben.

Als weitere kleine Untergruppe wurde das Irresein bei Hirnerkrankungen zusammengefasst. Hier ist meist von äusseren Ursachen nicht mehr die Rede, wenn wir von den Geistesstörungen nach Kopfverletzungen absehen. Höchstens können wir bei manchen Geschwülsten, bei den Embolien, bei syphilitischen Veränderungen die Hirnerkrankung auf allgemeinere oder an anderen Punkten des Körpers gelegene Leiden zurückführen. Dagegen bestehen gewisse klinische Beziehungen zu den schweren Vergiftungen und zur Paralyse, insofern wir es in allen diesen Fällen mit ausgebreiteten Zerstörungen des Hirngewebes zu thun haben, die nicht nur in psychischen, sondern auch in körperlichen Krankheitszeichen sich bemerkbar machen. Aehnliches gilt für die Geistesstörungen der höheren Lebensalter. Allerdings finden wir hier gröbere Erkrankungen des Hirns in Gestalt von Alters-Veränderungen nur bei den eigentlich senilen Formen. Wir sehen indessen das Irresein der Rückbildungsjahre so unmerklich in den eigentlichen Altersblödsinn übergehen, dass es unmöglich erscheint, beide Gruppen grundsätzlich von einander zu trennen. Vielmehr dürfen wir vielleicht annehmen, dass schon in der Rückbildungszeit sich die ersten Andeutungen

jener Störungen kundgeben, die späterhin zu schwerem geistigen Siechthume führen können.

Die Gruppe der Rückbildungspsychosen leitet uns hinüber zu denjenigen Formen des Irreseins, bei deren Entstehung mehr und mehr die krankhafte Veranlagung in den Vordergrund tritt. Zweifellos spielt schon dort ausser den aufreibenden Einflüssen der Lebensarbeit auch die ursprüngliche Widerstandsfähigkeit eine wichtige Rolle. In noch höherem Grade aber scheint das bei jener allmählichen krankhaften Umwandlung der gesamten psychischen Persönlichkeit der Fall zu sein, die wir als Verrücktheit bezeichnen. Dasselbe gilt ohne jeden Zweifel vom manisch-depressiven

Irresein. Der einzelne Anfall des Leidens kann dabei allerdings recht wol durch äussere Schädigungen ausgelöst werden. Dagegen zeigt uns die häufige Entstehung ohne Anlass und namentlich die Uebereinstimmung der klinischen Krankheitsbilder unter den verschiedensten Bedingungen, dass die eigentliche Ursache nicht in äusseren Anstössen, sondern in der besonderen krankhaften Veranlagung des Einzelnen gelegen ist.

Ist hier die grundlegende krankhafte Eigenthümlichkeit während der Zwischenzeiten zwischen den Anfällen meist gar nicht erkennbar, so macht sie sich in der Regel dauernd recht deutlich bemerkbar bei der nun folgenden Gruppe von Erkrankungen, die unter dem gebräuchlichen Namen der allgemeinen Neurosen zusaramengefasst werden sollen. Hier können mit oder ohne besonderen Anstoss mannigfaltige, aber klinisch gut gekennzeichnete Psychosen zu Stande kommen, meist von kürzerer Dauer, nach deren Ablauf der krankhafte Grundzustand unverändert wieder hervortritt. Was diese Gruppe vor anderen auszeichnet, ist die Häufigkeit der verschiedenartigsten functionellen nervösen Störungen.

Den allgemeinen Neurosen nahe verwandt sind, die einfachen psychopathischen Zustände, die mit geringen Schwankungen das ganze Leben hindurch wesentlich unverändert andauern. Wir haben es hier mit krankhaft gearteten Persönlichkeiten zu thun, welche nach irgend einer Richtung hin aus dem Rahmen des gesunden Seelenlebens heraustreten. Vorübergehende stärkere Störungen ihres psychischen Gleichgewichtes, Erregungen, Verstimmungen, kommen auch hier nicht selten zur Beobachtung, aber es handelt sich dabei nicht um abgegrenzte Krankheitsbilder, wie bei den allgemeinen Neurosen, sondern einfach um Verschlimmerungen des mehr oder weniger deutlich fortbestehenden eigenthümlichen Zustandes.

Den Schluss der langen Reihe bilden diejenigen Zustände, welche wesentlich seelische Entwicklungshemmungen bedeuten. Das klinische Bild entspricht hier noch weniger, als in der vorigen Gruppe, einer eigentlichen Krankheit, sondern nur einer unvollkommenen Ausbildung der psychischen Persönlichkeit. Bisweilen liegen diesen Defectzuständen geradezu körperliche Entwicklungshemmungen zu Grunde. Häutiger aber sind, wie es scheint, Krankheitsvorgänge im unentwickelten Gehirne, die durch theilweise Vernichtung desselben die psychische Ausbildung unmöglich machen. Streng genommen sollte man die Fälle letzterer Art den Hirnkrankheiten zurechnen. Allein wir sind auf der einen Seite heute noch nicht im Stande, hier im Leben überall sicher zwischen Entwicklungshemmung und Hirnerkrankung zu unterscheiden; andererseits aber wird das klinische Bild in so hohem Grade durch das ge-

meinsame Merkmal der angeborenen psychischen Unfähigkeit beherrscht, dass sich einstweilen wenigstens die Trennung jener beiden ursächlich auseinanderweichenden Gruppen nicht empfiehlt. Ja, wir werden sogar noch einen Schritt weiter gehen und diesen Defectzuständen auch diejenigen Schwachsinnsformen zurechnen, welche in den ersten Lebensjahren durch schwere Hirnerkrankungen erzeugt werden. Auch bei ihnen wird die Entwicklung einer psychischen Persönlichkeit in der ersten Anlage vernichtet.

Am Schlusse dieser Ausführungen darf ich nicht unterlassen, nachdrücklich darauf hinzuweisen, dass so manche der im folgenden abgegrenzten Krankheitsbilder nur Versuche sind, einen gewissen Theil des Beobachtungsmaterials wenigstens vorläufig in der Form des klinischen Lehrstoffes darzustellen. lieber ihre wahre Bedeutung und über ihr gegenseitiges Verhältniss wird erst die dringend nothwendige monographische Durcharbeitung des ganzen Gebietes allmählich Klarheit bringen. Es ist ferner unbestreitbar, dass es uns heute trotz redlichsten Bemühens noch in einer recht erheblichen Zahl von Fällen schlechterdings nicht gelingt, sie in den Rahmen einer der bekannten Formen des „Systems“ einzuordnen. Ja, nach manchen Richtungen hat die Anzahl derartiger Beobachtungen sogar zugenommen, und an die Stelle zuversichtlichen Wissens ist vielfach Unsicherheit und Zweifel getreten. Für den Schüler hat diese Thatsache gewiss etwas Beunruhigendes – dem Forscher bedeutet sie nichts, als den Bruch mit der herkömmlichen Verschwommenheit unserer Diagnosen zu Gunsten einer schärferen Begriffsbestimmung und eines tieferdringenden Verständnisses der klinischen Erfahrungen.

Quelle: Kraepelin, Emil. 1899. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 2. Band, Sechste, vollständig umgearbeitet Auflage. Leipzig: Johann Ambrosius Barth, S. 1-9.

9.5 Eugen Bleuler (1857-1939)

Die Motivation Eugen Bleulers, sich nach dem Medizinstudium auf die Psychiatrie zu konzentrieren, lag vermutlich in seiner Familiengeschichte. Seine Schwester litt unter einer Psychose und wurde zeitweise in der psychiatrischen Klinik Burghölzli behandelt – der Einrichtung, der er später, ab 1898, fast 20 Jahre lang als Nachfolger von Auguste Forel vorstehen sollte. Bleuler selbst, der als Direktor des Burghölzli gleichzeitig auch die Professur für Psychiatrie an der Universität Zürich innehatte, bleibt der Nachwelt besonders durch sein Buch „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ in Erinnerung. Darin beschreibt er erstmals diese Krankheit und ihre Entstehung detailliert. Auf Basis seiner klinischen Forschungsarbeiten verstand Bleuler die Schizophrenie als zentralen Prozess und ordnete ihr verschiedene akute Krankheitszustände, die ursprünglich als eigenständige Krankheiten betrachtet wurden, zu. Mit dem Begriff Schizophrenie, der sich aus den griechischen

Worten s'chizein = abspalten und phren = Geist ableitet, verdeutlichte Bleuler die Ambivalenz, die Gegensätzlichkeit von Denken, Fühlen und Wollen bei den erkrankten Menschen.

Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien (1911)

Vorwort

Die Kenntnis der Krankheitsgruppe, die Kraepelin unter dem Namen der Dementia praecox zusammen gefasst hat, ist zu jung, als dass man jetzt schon eine abgeschlossene Beschreibung derselben geben könnte. Alles ist noch flüssig, unfertig, vorläufig. Es wäre aber zu schleppend, überall die dadurch bedingten Vorbehalte zu machen; ich darf wohl annehmen, dass jeder Leser sie sich hinzudenken kann.

Noch eine Schwierigkeit kommt bei den psychopathologischen Kapiteln hinzu: der embryonale Zustand unserer Psychologie. Wir haben keine Ausdrücke für die neuen psychologischen Begriffe; alle Worte, die wir brauchen, können auch in anderem Sinne angewandt werden. Wer sich nicht die Mühe geben kann, sich ganz in die Ideen des Schreibenden hineinzudenken, wird die Ausdrücke anders verstehen als sie gemeint sind, und deswegen einen unrichtigen Gedankengang herauslesen. Wenn ich trotz dieser Schwierigkeit versuche, die psychologischen Zusammenhänge ein wenig zu beleuchten, so tue ich es nicht bloß deshalb, weil jedes neue Erkennen an sich Wert hat, sondern namentlich auch, weil man meines Erachtens beim jetzigen Stande unserer Wissenschaft auf diesem Wege am ehesten neue Einblicke in die Natur der Psychosen erwarten darf.

Der Sachlage entsprechend mussten die einzelnen Themen ungleich behandelt werden. Was im Prinzip für jeden Psychiater verständlich ist, durfte einfach hingestellt werden, während weniger bekannte Dinge eben eine Einführung, eine Erklärung und Stützung durch Beispiele verlangen. Es blieb mir nichts übrig, als den praktischen Zielen die ästhetischen zu opfern. Auch Wiederholungen ließen sich nicht vermeiden, da die Kompliziertheit der Psyche die gleichen Vorgänge in die verschiedensten Zusammenhänge bringt.

Die ganze Idee der Dementia praecox stammt von Kraepelin; auch die Gruppierung und Heraushebung der einzelnen Symptome ist fast allein ihm zu verdanken. Es wäre zu schleppend, bei jeder Einzelheit seine Verdienste besonders hervorzuheben. Diese Bemerkung mag ein für allemal genügen. Ein wichtiger Teil des Versuches, die Pathologie weiter auszubauen, ist nichts als die Anwendung der Ideen Freuds auf die Dementia praecox. Ich denke, jedem Leser wird ohne weiteres klar sein, wie viel wir diesem Autor schulden, auch wenn ich dessen Namen nicht überall anführe. Zu danken habe ich ferner meinen Mitarbeitern im Burghölzli, ich nenne nur Riklin, Abraham, und vor allen Jung. Es ist nicht möglich, alles auseinander zu halten, was an Beobachtungen und Ideen dem einen oder dem andern von uns angehört.

Die Literatur vollständig anzuführen wäre wertlos und ist zugleich unmöglich, denn man müsste einen großen Teil der psychiatrischen Literatur zitieren, da ja z. B. fast alle systematischen Arbeiten das berühren, was jetzt die Dementia

praecox-Frage genannt werden kann. Einen gewissen Wert haben nur neuere Publikationen; auch davon sind viele nur insofern interessant, als sie zeigen, wie man einen so schönen Begriff falsch auffassen kann. Bei den dem Deutschen weniger zugänglichen Arbeiten habe ich meist noch auf ein bequemes erreichbares Referat hingewiesen, auch dann, wenn ich das Original kenne. Unbedeutende Sachen im Original zu lesen, habe ich aber meist unnötig gefunden.

In weniger wichtigen Dingen Prioritäten zu registrieren, halte ich für eine Rücksichtslosigkeit gegen den Leser. Danach habe ich gehandelt.

Die Arbeit ist im Sommer 1908 abgeschlossen worden; doch gaben spätere Publikationen Anlass zu Zusätzen und Änderungen.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Nummern des Literaturverzeichnisses.

Einleitung

Historisches

Die Beobachtung, dass eine akute Krankheit dauernde Schädigungen des betroffenen Organes hinterlassen kann, hat auf keinem Gebiete eine so große Bedeutung bekommen wie in der Psychiatrie. Die "sekundären", unheilbaren Krankheiten füllen von jeher unsere Irrenanstalten. So wurde es zu einer der brennendsten Fragen der Psychiatrie, welche akuten Formen in unheilbare Endzustände übergehen und welche nicht. Alle bis vor kurzem aufgestellten akuten Formen der "einfachen Psychosen" konnten sowohl heilen als sekundär werden. Endlich gelang es Kraepelin, bei den Krankheiten ungünstiger Prognose eine Anzahl Symptome herauszuheben, die bei anderen Gruppen fehlten. Die dadurch charakterisierten Psychosen fasste er als Dementia praecox zusammen. Immerhin fanden sich auch Fälle mit jenen Symptomen, die anscheinend heilten. Es blieb aber die Erkenntnis, dass eine bestimmte Symptomgruppe die Neigung zur Verblödung anzeigte, während die akuten Krankheiten, denen diese Symptome fehlten und die man größtenteils unter dem Namen des manisch-depressiven Irreseins zusammenfassen konnte, niemals in sekundären Blödsinn, ausgingen. Damit war praktisch und theoretisch sehr viel gewonnen, indem doch eine große Anzahl von Fällen ihre sichere Prognose quoad Anfall und quoad Residuärzustand bekam.

Durch das Vorhandensein der herausgehobenen Symptomenkomplexe bleibt die große Gruppe der Dementia praecox als Einheit charakterisiert. Kraepelins Auffassung findet aber immer noch Widerspruch, indem sich manche, ganz abgesehen von der Vielgestaltigkeit der äußeren Bilder, nicht mit einem Krankheitsbegriff befreunden können, der sich ursprünglich auf den Verlauf zu stützen schien und doch gut und schlecht ausgehende Fälle in sich schließt. Ein genaueres Zusehen zeigt aber, dass alle diese Fälle doch viel Gemeinsames haben, und dass sie sich von den anderen Formen klar abgrenzen, was von keinem der früher aufgestellten Krankheitsbilder aus dieser Gruppe gesagt werden kann. Wenn auch der Ausgang gar nicht immer ein ausgesprochener Blödsinn ist, so lassen sich doch bei genauem Zusehen in jedem Falle

mehr oder minder deutlich gemeinsame Residuärserscheinungen finden; neben der Einheit in der Symptomatologie ist also die Einheit des Ausganges gewahrt, wenn auch nicht in Bezug auf das¹ Quantitative des Prozesses, so doch in Bezug auf das Quale, d. h. die Richtung, in der der Prozess fortschreitet. Andere Psychosen haben weder die gleiche Symptomatologie noch den gleichen Ausgang. Umgekehrt weisen alle die Psychosen, die man bisher als sekundäre zusammenfasste, die gleichen Symptomenkomplexe auf. Die Abgrenzung dieser Gruppe ist also bei dem jetzigen Stande unseres Wissens nicht nur erlaubt, sondern geboten.

Es hat sich ferner herausgestellt, dass auch alle Verblödungsformen, die ohne ein akutes Stadium mehr oder weniger schleichend auftreten, die nämlichen Symptome haben und. zu keiner Zeit von den "sekundären" Formen unterschieden werden können. Man musste also auch diese Krankheiten, die unter verschiedenen Namen, wie "primärer Blödsinn", "verblörende Paranoia" usw., registriert worden waren, hierher zählen.

Alle Bestrebungen, die große Zahl von Fällen und von äußeren Zustandsbildern in distinkte abgrenzbare Untergruppen zu zerlegen, sind bis jetzt erfolglos geblieben.

So fassen wir unter dem Namen der *Dementia praecox* oder Schizophrenie eine ganze Gruppe von Krankheiten zusammen, die sich scharf von allen anderen Formen des Kraepelinschen Systems unterscheiden lassen; sie haben viele gemeinsame Symptome und eine gemeinsame Richtungsprognose; ihre Zustandsbilder aber können äußerst verschieden sein. Wenn die Aufstellung dieses Begriffes auch eine vorläufige ist, insofern als er später wird aufgelöst werden müssen (etwa in dem Sinne wie die Bakteriologie die Pneumonien in verschiedene Infektionen zerlegt hat), so halten wir doch den dadurch erreichten Fortschritt für noch größer als den der Entdeckung der Paralyse, die sich auch lange in anderen Krankheitsbildern versteckt hatte; denn die *Dementia praecox* -Frage greift viel mehr in die Systematik aller Psychosen ein als seinerzeit die Paralyseaufstellung; und was an systematischer Unklarheit jetzt noch übrig bleibt, das bezieht sich nicht mehr auf die Hauptmasse der vorkommenden Fälle, sondern auf Ausnahmen und auf Krankheiten, die, wie die Fieberpsychosen, dem Psychiater bis jetzt zu wenig zugänglich waren. Wir haben zum ersten Male Grenzen, über die man sich verständigen kann, und wissen nun auch, wo mit den jetzigen Mitteln Grenzen nicht gezogen werden können.

Die Entwicklung des Begriffes der *Dementia praecox* ist ein guter Teil der Entwicklung der theoretischen Psychiatrie überhaupt. Das eine ohne das andere lässt sich nicht beschreiben. Es ist deshalb an dieser Stelle nicht möglich, eine zusammenhängende Darstellung der Genese des *Dementia praecox* - Begriffes zu geben. Es sei auf die Arbeiten E. Arndts und Voisins hingewiesen. Die Wiege des Begriffes ist die fünfte Auflage von Kraepelins Psychiatrie (1896).

Natürlich hatte man schon längst gewusst, dass ein Teil der akuten Psychosen heilt und ein anderer Teil chronisch wird. Man hat auch die einfacheren Verblödungen, die ohne auffallende akute Symptomenkomplexe verlaufen, von jeher beachtet. Schon Esquirol trennte die "erworbene oder akzidentelle Idiotie" von der angeborenen. Er hat auch schon die Stereotypien beachtet. Man wusste ferner früh, dass na-

mentlich jugendliche Leute von solchen Verblödungsprozessen befallen wurden; deshalb hat Morel den Namen der *Demence precoce* geschaffen. Man fand aber in dem Chaos aller äußerlich so verschiedenen zur Verblödung führenden Symptomenbilder die Einheit nicht. Ein großes Hindernis der vorurteilslosen Erkenntnis war auch der besonders um die Mitte des vorigen Jahrhunderts verbreitete Glaube, dass die Psychosen -oder die eine Psychose -einen bestimmten Verlauf haben müsse, an dessen Anfang man gewöhnlich ein melancholisches Stadium setzte.

An der letzteren Vorstellung krankten auch die Kahlbaumschen Ideen, die im Übrigen einen wesentlichen Fortschritt bedeuteten. Die klareren Köpfe hatten natürlich schon vor ihm gewusst, dass die alten Namen wie Melancholie, Tollheit, Manie, Delirien nur Zustandsbilder bezeichneten. Eigentliche Krankheitsbilder herauszuheben war man aber außerstande, und so behandelte man meist diese symptomatologischen Begriffe, wie wenn sie Krankheiten entsprächen. Erst Kahlbaum suchte mit bewusster Konsequenz die Erscheinungsbilder zu Krankheitsbildern zu ordnen.

Er hat 1863 in seiner "Gruppierung der psychischen Krankheiten" auf Zustände wie die Katatonie aufmerksam gemacht, aber erst im Laufe der folgenden Jahre die Krankheit unter diesem Namen genauer beschrieben und endlich 1874 in einer Monographie fixiert. Die Katatonie durchläuft nach ihm (in Anlehnung an seine *Vesania typica*) der Reihe nach die Stadien der Melancholie, der Manie, der Stupescenz, der Verwirrtheit und schließlich der Demenz. Jedes einzelne dieser Stadien konnte aber fehlen, und die Krankheit konnte in jedem derselben (mit Ausnahme des letzten) heilen. Sie wurde außerdem, ähnlich wie die Paralyse, charakterisiert durch eine Anzahl von dem Autor als körperlich angesehener Symptome, die wir jetzt den katatonen Erscheinungen beizählen.

Seitdem ist der Begriff der Katatonie aus der Literatur nicht mehr verschwunden, wenn er auch viel angefeindet wurde. Er hat sich nur bei einzelnen Autoren die Anerkennung als Krankheitsbegriff erringen können; die Mehrheit der deutschen Psychiater lehnte ihn ab aus dem naheliegenden Grunde, dass eben ein typischer Verlauf im Sinne Kahlbaums eine Ausnahme bildet, und vor allem deshalb, weil der Begriff nach keiner Seite hin klare Grenzen hatte.

So hat denn auch Kahlbaum selbst die Hebephrenie, die Hecker 1871 auf seine Anregung hin beschrieb, der Katatonie angenähert und dann die ganze Gruppe durch die Beschreibung des Heboids, einer hauptsächlich auf dem Gebiete des Charakters sich äußernden leichten Form der Hebephrenie, erweitert. Schuele konnte schon früh die Katatonie eine "Hebephrenie mit zugehöriger Spannungsneurose" nennen.

Im Gegensatz zu Kahlbaum wurden von anderen die verblödenden Psychosen mit der Entartung (der Familie wie des Individuums) in Zusammenhang gebracht, nachdem schon Morel die kausale Bedeutung der Heredität hervorgehoben hatte. Defekt angelegte Hirne sollten besonders disponiert sein zu der Krankheit.

Etwas später als die Katatonie und die Hebephrenie hat dann die einfache Verblödung, die oft in der Praxis diagnostiziert, aber wenig beschrieben wurde, bessere Beachtung gefunden; so von Pick (573), 1891, dann aber besonders von Sommer (725), der drei Jahre später nicht nur eine gute Beschreibung der katatonen Zustände

lieferte, sondern auch die verschiedenen Formen primärer Demenz, in denen die Hebephrenie der anderen eingeschlossen war, schilderte und dabei den Begriff in richtiger Weise erweiterte, indem er der primären Demenz die verblödenden lilaranoiden Formen angliederte. Allerdings hat er in seinem System die Katatonie und diese Verblödungen noch getrennt.

Im Auslande fanden Kahlbaums Aufstellungen wenig Beachtung. Auch Séglas und Chaslin, die sich zuerst mit der Katatonie eingehender beschäftigten, kamen zu dem Schlusse, dass es sich bei dem Symptomenkomplex nicht um eine eigenartige Krankheit handle. In England hat man die Sache noch später beachtet.

Im Jahre 1896 hat Kraepelin die "Verblödungspsychosen" in eine Gruppe zusammengestellt, die er als Stoffwechselerkrankungen auffassen zu müssen glaubte.

Den wieder aufgenommenen Namen der *Dementia praecox* gab er zunächst nur den Hebephrenen und primär dementen Formen der anderen Autoren, den der Katatonie. allen Formen mit vorwiegenden katatonen Symptomen, während er unter dem Namen der *Dementia paranoides* noch die nicht häufigen Formen von rascher Ausbildung von Halluzinationen und konfusem Wahn bei relativ gut erhaltener äußerer Haltung und frühem Stillestehen des Prozesses beschrieb. Erst drei Jahre später fasste er mit dem Namen der *Dementia praecox* die ganze Verblödungsgruppe zusammen. Die Katatonie behielt ungefähr ihren Umfang; das, was vorher *Dementia praecox* genannt war, wurde nun zum größten Teil als Hebephrenie bezeichnet; während - und das ist der wichtigste Schritt - als paranoide Formen der *Dementia praecox* auch die früher sogenannte *Paranoia hallucinatoria* oder *phantastica* in den Begriff eingezogen wurden.

Seitdem ist der Umfang des Begriffes der *Dementia praecox* im Wesentlichen gleich geblieben. Eine Entwicklung hat er nur insofern noch erfahren, als Kraepelin den zunächst stark betonten Ausgang in Verblödung ein wenig hat zurücktreten lassen, indem er es deutlicher aussprach, dass auch viele Fälle hierher gehören, die wenigstens praktisch dauernd oder doch für längere Zeit zur Heilung kommen²⁵. Auch treten jetzt die katatonen Symptome, die eine Zeitlang weniger den Kraepelin sehen Begriff als die Diskussion beherrschten, gegenüber den Störungen der Assoziationen und der Affektivität etwas in den Hintergrund.

Hand in Hand mit der Schöpfung der *Dementia praecox* ging die Ausbildung der übrigen Krankheitsbegriffe, unter denen, wie schon erwähnt, namentlich das manisch-depressive Irresein zu nennen ist. Dadurch erst bekam die *Dementia praecox* scharfe Gegensätze und ihre Grenzen wurden nicht mehr einseitig von innen heraus, sondern auch von außen festgelegt.

²⁵ Seitdem dies geschrieben, hat Kraepelin den Begriff zu Gunsten des manisch-depressiven Irreseins wieder stark eingengt.

Der Name der Krankheit

Leider konnten wir uns der unangenehmen Aufgabe nicht entziehen, einen neuen Namen für die Krankheitsgruppe zu schmieden. Der bisherige ist zu unhandlich. Man kann damit nur die Krankheit benennen, nicht aber die Kranken, und man kann kein Adjektivum bilden, das die der Krankheit zukommenden Eigenschaften bezeichnen könnte, wenn auch ein verzweifelter Kollege bereits "präkoxe Symptome" hat drucken lassen. Eine ausführliche Differentialdiagnostik ohne ein solches Wort wäre schlimm zu schreiben und noch schlimmer zu lesen.

Es gibt aber noch einen viel wichtigeren, materiellen Grund, warum es mir unausweichlich schien, neben den bisherigen Namen einen neuen zu stellen: der alte Name ist gebildet worden zu einer Zeit, da sowohl der Begriff der Dementia wie der der Präcocitas auf fast alle einbezogenen Fälle anwendbar war. Zu dem jetzigen Umfang des Krankheitsbegriffes passt er nicht mehr, denn es handelt sich weder um lauter Kranke, die man als dement bezeichnen möchte, noch ausschließlich um frühzeitige Verblödungen.

Man sollte allerdings meinen, die ursprüngliche Bedeutung des Namens sei irrelevant, da Kraepelin in klassischer Weise ausgeführt hat, was er darunter versteht; man spricht ja auch von Melancholie, ohne sich durch die schwarze Galle stören zu lassen. Es ist keine Ehre für die Psychiatrie, dass dem gar nicht so ist. Dem "periodischen Irresein" Kraepelins hat sein Name manche Türe verschlossen, die dem "manisch-depressiven" Irresein offen war, weil es Psychiater gab, die es nicht über sich bringen konnten, eine Krankheit, die sich in einem ganzen Leben unter Umständen nur wenige Male oder nur ein einziges Mal äußerte, als eine periodische zu bezeichnen oder so bezeichnen zu hören.

Dem Ausdruck "Dementia praecox" geht es noch viel schlimmer. Es wird wohl keinen Psychiater geben, der nicht schon vielfach gehört hat, dass viele Katatonien und andere Fälle, die symptomatologisch nach Kraepelin der Dementia praecox zuzuweisen wären, doch nicht verblödet seien; folglich sei die ganze Konzeption unrichtig. Ebenso glaubt man die Sache abgetan zu haben durch den Nachweis, dass jemand nicht präcociter, sondern im späteren Alter erst verblödet sei; oder man identifiziert den Begriff der Dementia praecox mit dem des Jugendirreseins und hat dann sehr leicht nachzuweisen, dass es verschiedene Erkrankungen des Pubertätsalters gebe, dass es also unrichtig sei, diese unter einem Begriff zusammenzufassen. Am schlimmsten steht es in dieser Beziehung in England, wo, soweit ich die Diskussionen kenne, die große Mehrzahl der Psychiater sich einfach an das Wort der Dementia praecox anklammert und den Begriff derselben gar nicht kennt oder ignoriert.

So blieb nichts anderes übrig, als hier die Krankheit mit einem Namen zu bezeichnen, der weniger missverständlich ist. Ich kenne die Schwächen des vorgeschlagenen Ausdruckes, aber ich weiß keinen besseren, und einen ganz guten zu finden, scheint mir für einen Begriff, der noch in der Wandlung begriffen! ist, überhaupt nicht möglich. Ich nenne die Dementia praecox Schizophrenie, weil, wie ich zu zeigen hoffe, die Spaltung der verschiedensten psychischen Funktionen eine ihrer wichtigsten Eigenschaften ist. Der Bequemlichkeit wegen brauche ich das Wort im Singular,

obschon die Gruppe wahrscheinlich mehrere Krankheiten umfasst.

Von ähnlichen Vorstellungen gehen Zweig und Groß (278) aus; ersterer nennt sie "*Dementia dissecans*", letzterer "*Dementia sejunctiva*". Wie schon gezeigt, ist aber das Wort "*Dementia*" sehr ungeeignet²⁶; dazu kommt beim zweiten Vorschlag, dass der Begriff der Sejunktion bei Wernicke nicht ganz in dem Sinne definiert ist, wie er sein sollte, um die Krankheit richtig zu bezeichnen, und dass er von anderen [gerade Groß und nach ihm Weber (798), S. 922] in viel unbestimmterem Sinne gefasst wird, so dass weiteren unfruchtbaren Diskussionen wieder Tür und Tor geöffnet wären.

Paris hat die Bezeichnung "*Psychose catatonique dégénérative*" vorgeschlagen. Da wir den Begriff der Degeneration in diesem Zusammenhang ablehnen müssen, und die katatonen Symptome nicht wesentlich sind, können wir auch diesen Namen nicht annehmen. Zu einseitig erscheinen uns auch der von Bernstein empfohlene Name der "*Dementia paratonica progressiva*" oder "*Paratonia progressiva*" und Eversens (211) "*Amblythymia*" oder "*Amblynoia simplex et catatonica*". In allen Beziehungen unpassend ist natürlich "*Adolescent Insanity*" (Conaghey) und "*Jugendirresein*". -Wolff hat neuestens "*Dysphrenie*" vorgeschlagen. Der Ausdruck ist aber schon in anderem Sinne gebraucht worden, 'er ist so leicht verständlich und seine Bedeutung so weit, dass die Versuchung, ihm einen unpassenden Sinn unterzuschieben, zu groß wird.

Schizophrenie

Die Definition

Mit dem Namen der *Dementia praecox* oder der Schizophrenie bezeichnen wir eine Psychosengruppe, die bald chronisch, bald in Schüben verläuft, in jedem Stadium Halt machen oder zurückgehen kann, aber wohl keine volle *Restitutio ad integrum* erlaubt. Sie wird charakterisiert durch eine spezifisch geartete, sonst nirgends vorkommende Alteration des Denkens und Fühlens und der Beziehungen zur Außenwelt.

In jedem Falle besteht eine mehr oder weniger deutliche Spaltung der psychischen Funktionen: ist die Krankheit ausgesprochen, so verliert die Persönlichkeit ihre Einheit; bald repräsentiert der, bald jener psychische Komplex die Person: die gegenseitige Beeinflussung der verschiedenen Komplexe und Strebungen ist eine ungenügende oder geradezu fehlende; die psychischen Komplexe fließen nicht mehr wie beim Gesunden zu einem Konglomerat von Strebungen mit einheitlicher Resultante zusammen, sondern ein Komplex beherrscht zeitweilig die Persönlichkeit, während dessen andere Vorstellungs-, oder Strebungsgruppen "abgespalten" und ganz oder teilweise unwirksam sind. Auch die Ideen werden oft nur zum Teil gedacht und

²⁶ Wir können deshalb Bezeichnungen wie "*Dementia primitiva*" (Italiener, Sommer), "*Dementia simplex*" (Rieger), "*Dementia apperceptiva*" (Weygandt) schon aus diesem Grunde nicht aufnehmen. Ich würde auch noch Brugias "*Paradementia*" fürchten

Bruchstücke von Ideen werden in unrichtiger Weise zu einer neuen Idee zusammengesetzt. Sogar die Begriffe verlieren ihre Vollständigkeit, entbehren eine oder mehrere, oft wesentliche Komponenten; ja sie werden in manchen Fällen nur durch einzelne Teilvorstellungen repräsentiert.

Die Assoziationstätigkeit wird also oft nur durch Bruchstücke von Ideen und Begriffen bestimmt; schon dadurch bekommt sie neben dem Inkorrekten etwas Bizarres, für den Gesunden Unerwartetes; oft auch hört sie mitten in einem Gedanken, oder wenn sie auf einen andern Gedanken übergehen sollte, plötzlich auf, wenigstens so weit sie bewusst ist (Sperrung); statt der Fortsetzung tauchen dann manchmal neue Ideen auf, die weder das Bewusstsein des Patienten selbst noch der Beobachter in Zusammenhang mit dem früheren Gedankeninhalt bringen kann.

Primäre Störungen der Wahrnehmung, der Orientierung und des Gedächtnisses sind nicht nachzuweisen. Gefühlsäußerungen sind in den schwersten Fällen überhaupt nicht mehr zu bemerken. In leichteren fällt nur auf, dass die Stärkegrade der Gefühlsreaktionen auf verschiedene Erlebnisse in keinem richtigen Verhältnisse zueinander stehen, und zwar kann die Intensität von vollständig fehlender Gefühlsäußerung beim einen-, Gedankenkomplex bis zur übertriebenen Affektreaktion beim andern schwanken. Auch können die Affekte qualitativ abnorm erscheinen, d. h. den intellektuellen Vorgängen inadäquat sein.

Zu den angeführten Zeichen einer "Verblödung" treten in der Mehrzahl der Anstaltsfälle noch andere Symptome hinzu, so namentlich Halluzinationen und Wahnideen, Verwirrtheiten, Dämmerzustände, manische und melancholische Affektschwankungen, katatone Symptome. Von diesen akzessorischen Symptomen und Symptomenkomplexen tragen manche einen spezifisch schizophrenen Charakter, so dass auch sie, wenn sie vorhanden sind, zur Diagnose der Krankheit verwendet werden können. Außerhalb der Anstalten gibt es viele Schizophrene, bei denen akzessorische Syndrome zurücktreten oder ganz fehlen.

Wir zerlegen die *Dementia praecox* vorläufig in vier Unterformen:

1. Das Paranoid. Halluzinationen oder Wahnideen oder beide stehen dauernd im Vordergrund.
2. Die Katatonie. Katatone Symptome stehen dauernd oder doch längere Zeit im Vordergrund.
3. Die Hebephrenie. Akzessorische Symptome kommen vor, ohne anhaltend das Bild zu beherrschen.
4. Die einfache Schizophrenie. Während des ganzen Verlaufes sind nur die spezifischen Grundsymptome

Die theoretische Abgrenzung der Schizophrenie von den anderen Psychosengruppen ist eine sehr scharfe, wie ein Blick auf die in Betracht kommenden Symptome der anderen Krankheiten zeigt.

Die "organischen Psychosen", d. h. diejenigen, die als Ausdruck eines diffusen Schwundes der Hirnrinde zu betrachten sind (die unter den Namen der *Dementia*

paralytica und *Dementia senilis* zusammen gefassten Krankheiten und in gewissem Sinne der Korsakow), haben folgende Charakteristika:

Intellektuelle Seite: Unschärfe und Langsamkeit der Wahrnehmungen: Unfähigkeit, kompliziertere Dinge vollständig zu denken (d. h. es werden nur diejenigen Assoziationen herbeigezogen, die dem momentanen Trieb entsprechen). Gedächtnisstörung, stärker für die frischeren Erlebnisse als für die älteren. Die Orientierung in Raum, Zeit und Situation stark beeinträchtigt. - **Zwischengebiet:** Die Aufmerksamkeit ist gestört, die habituelle meist viel stärker und früher als die maximale. - **Affektivität:** Alle Affekte sind erhalten und entsprechen qualitativ dem intellektuellen Inhalt. Sie sind aber "oberflächlich", meist flüchtig, nicht imstande, dauernd den Trieben eine bestimmte Richtung zu geben. -Keines dieser Symptome gehört der *Dementia praecox* an.

Epileptische Zustände: Intellektuelle Seite: Auffassung, wenn überhaupt alteriert, verlangsamt und unscharf. Ideenassoziationen allmählich sich einschränkend, ähnlich wie bei den organischen Psychosen, aber deutlicher egozentrisch; Gedankengang verlangsamt, hässitierend: Schwierigkeit von einem Thema loszukommen; große Neigung zu unnötigem Detail (Umständlichkeit im Reden und Handeln); Tendenz zu einer bestimmten Art Perseveration. Gedächtnisstörung spät, viel diffuser als bei den organischen Krankheiten. Amnesien aus anscheinend physischen Gründen. - **Affektivität:** Alle Affekte qualitativ dem intellektuellen Gedankeninhalt adäquat; aber verstärkt, und zum Unterschied von den organischen, nachhaltig, schwer ablenkbar. In einem gegebenen Moment ist die Affektivität durchaus einheitlich (epileptisches Delir!). -**Motorisch:** Singende hässitierende Sprache. (Die epileptischen Anfälle kommen in ganz der gleichen Weise auch bei verschiedenen anderen Krankheiten, so namentlich bei der Schizophrenie vor; charakteristisch für Epilepsie ist nicht der Anfall an sich, sondern die häufige Wiederholung während vieler Jahre und dann eben der psychische Zustand.) - Bei der *Dementia praecox* nichts von all diesen Symptomen.

Alle die vielen idiotischen Störungen haben gemeinsam: Beginn in früher Jugend oder intrauterin, im Wesentlichen ohne Fortschreiten. Affektivität ungemein verschieden, aber prinzipiell nicht abweichend von der des Gesunden, nur scheint die Variationsbreite womöglich noch größer als bei den Normalen; keine Affekteinklemmung. Assoziationen eingeschränkt auf das intellektuell zunächst liegende. -Bei *Dementia praecox* andere Assoziationsstörung, typische Affektstörung.

Paranoia: Ausbildung eines aus gewissen falschen Prämissen logisch entwickelten und in seinen Teilen logisch verbundenen unerschütterlichen Wahnsystems, ohne nachweisbare Störung aller anderen Funktionen, also auch Mangel aller "Verblödungssymptome", wenn man nicht die Kritiklosigkeit gegenüber den Wahnideen dazu rechnen will.

Bei *Dementia praecox* zeigen die Wahnideen selbst, wenn solche vorhanden sind, meist ganz grobe, immer aber feinere Verstöße gegen die Logik; außerdem kommen die anderen Symptome der *Dementia praecox* hinzu.

Alkoholismus chronicus: Intellektuell: Rascher, oberflächlicher Gedankenablauf mit starkem Bedürfnis zur Abrundung der Ideen, namentlich in kausaler Beziehung. Im Speziellen lebhaftes Empfinden aller persönlichen Antastungen mit bestän-

diger Bereitschaft von Ausreden. -Die Affektivität schlägt auf alles an, rasch entflammt, Strohfeuer, labil. Dementsprechend Aufmerksamkeit auf das Momentane gerichtet, ohne Ausdauer. In späteren Stadien oft Zeichen organischer Störung (Hirnatrophie). -Also überall das Gegenteil der Schizophrenie. (Doch sind Kombinationen beider Krankheiten sehr häufig!)

Delirium tremens: Bestimmte Art der Halluzinationen. Charakteristischer deliröser Bewusstseinszustand mit Weckbarkeit. Variable, aber in jedem Moment einheitliche Affektivität mit Grundstimmung des "Galgenhumors".

Alkoholwahnsinn: Siehe den Abschnitt V.

Amentia: Die Kraepelinsche Amentia hat eine charakteristische Störung der Wahrnehmung und Auffassung. Es gibt aber auch andere Formen, die noch nicht beschrieben sind.

Die Fieberpsychosen können nicht kurz charakterisiert werden, weil sie noch gar nicht studiert sind.

Manisch-depressive Formen: Erklärbarkeit alles Wesentlichen im Krankheitsbilde durch eine ganz allgemeine Erhöhung oder Depression des psychischen Tonus in Bezug auf Affektivität, Assoziationen und Motilität (krankhafte Euphorie, Ideenflucht, Beschäftigungsdrang auf der einen Seite, Depression, Denkhemmung, allgemeine motorische Hemmung auf der andern Seite). Fehlen der spezifischen Zeichen der übrigen Krankheitsgruppen, so auch der Verblödung im Sinne der Schizophrenie. (Was man beim manisch-depressiven Irresein etwa Verblödung nennt, ist affektive Inkontinenz oder depressive Denkhemmung oder hinzukommende hirnatrophische Demenz.) - Bei der *Dementia praecox* sind die positiven Symptome des manisch-depressiven Irreseins nicht selten; sie sind aber kompliziert durch die spezifischen Symptome der *Dementia praecox*.

Hysterie (wie bei der *Dementia praecox*): Psychogene Erklärbarkeit der wesentlichen Symptome und namentlich auch des Verlaufes aus Übertreibungen von an bestimmte Vorstellungen geknüpften Affekten. Dagegen: Fehlen von Verblödung und eigentlich schizophränen Zeichen. Bei *Dementia praecox* kommen hysterische Symptome in Menge vor, erscheinen aber meist schizophrän gefärbt, karikiert und werden gemischt mit den spezifischen Symptomen dieser Krankheit.

Von den beiden letzteren Krankheiten, manisch-depressivem Irresein und Hysterie, und in gewissem Sinne vielleicht auch von der *Paranoia* kennen wir also bis jetzt nur Symptome, die bei *Dementia praecox* auch vorkommen können. Der Unterschied zwischen diesen Psychosen und der *Dementia praecox* besteht nur in einem Plus auf Seite der *Dementia praecox*. Alle anderen psychotischen Zustände haben ihre spezifischen Symptome, die bei der *Dementia praecox* nicht vorkommen.

Quelle: Bleuler, Eugen. 1911. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Leipzig / Wien: Deuticke, S. VII-8.

9.6 Julius Wagner-Jauregg (1857-1940)

Den Forschungen und Experimenten des österreichischen Professors für Psychiatrie Julius Wagner-Jauregg ist es zu verdanken, dass es heute durch ein medizinisch vorgeschriebenes Screening bei Neugeborenen nicht mehr zu körperlichen Missbildungen und verzögerter geistiger Entwicklung kommen muss, verursacht durch eine angeborene Schilddrüsenunterfunktion, von der immerhin 0,2 % aller Säuglinge betroffen sind. In seiner Zeit als Direktor der „Landesirrenanstalt“ der Steiermark befasste sich Wagner-Jauregg nämlich intensiv mit der auffällig starken Häufung von „Kretins und blödsinnigen Kindern“ im alpinen Raum und entdeckte, dass es bei vielen Menschen in diesem Gebiet zu einer verminderten Bildung des Schilddrüsenhormons Thyroxin kam. Folge einer solchen Unterversorgung ist ein verlangsamter Stoffwechsel, der wiederum enorme Auswirkungen auf die psychische und physische Entwicklung hat. Um einer solchen Schilddrüsenunterfunktion vorzubeugen, führte Wagner-Jauregg als Behandlung die Beimischung von geringen Mengen Jod zum Trinkwasser und Speisesalz ein. Eine weitere bahnbrechende Leistung von Wagner-Jauregg war die Therapierung von Menschen, die in Folge einer fortgeschrittenen Syphilis von progressiver Paralyse, einer umgangssprachlich als Hirnerweichung bezeichneten Erkrankung betroffen waren. Er führte mit Hilfe von Malariaerregern bei den Patienten ein künstliches Fieber herbei und konnte so die Krankheit erfolgreich behandeln. Für die Entwicklung dieser Malariatherapie wurde Wagner-Jauregg 1927 als erster Psychiater überhaupt mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet

Lebenserinnerungen (1950)

Wenn wir uns jetzt zum Schluss die Frage vorlegen: wäre es zu rechtfertigen, wenn wir das Heilmittel, das die Natur in der Erzeugung von fieberhaften Krankheiten besitzt, in zweckbewusster Weise in die Therapie der Psychosen einführen, die künstliche Erzeugung von fieberhaften Krankheiten zu einem therapeutischen Agens machen würden, so glaube ich nach den vorliegenden Erfahrungen diese Frage bejahen zu können ...

Da kam eines Tages der spätere Professor Fuchs zu mir und meldete, dass ein vor einigen Tagen von der mazedonischen Front mit einer leichten Nierenverletzung eingelieferter Soldat Fieberanfälle mit Schüttelfrost im Tertianatypus habe, also offenbar Malaria; ob er ihm Chinin geben solle. Da kam mir wie der Blitz der Gedanke, mit dem Blut dieses Malarikers Paralytiker zu impfen. Ich sagte: „Nein!“ und erklärte Fuchs, dass ich mich mit dem Blut des Malarikers zwei Paralytiker impfen werde. Das geschah am 14. Juni 1917. Gleich stiegen mir aber Bedenken auf. Es war Sommer. Wenn auf dem Territorium der Klinik Anopheles vorhanden waren, konnten dieselben meine Malariker stechen und andere Kranke meiner Klinik und anderer

Kliniken infizieren und so einen Malariaherd schaffen. Ich gab daher einem Neurastheniker, der als militärischer Patient an der Klinik verweilte und zu allerlei Diensten anstellig war, den Auftrag, in dem Garten um die Kliniken herum so viel wie möglich Mücken zu fangen und mir zu bringen. Ich untersuchte die Mücken und überzeugte mich, dass es nur Kulexmücken waren und dass keine Anophelesmücken zu finden waren. Nachdem ich über diese Frage beruhigt war, beschloss ich noch ach Paralytiker zu impfen und dann der Erfolg abzuwarten. Es kam mir aber bei der Durchführung etwas in die Quere. Vor längerer Zeit hatte mir Julius Tandler (1869-1936) mitgeteilt, dass der oberste Militärarzt unserer Armee, Generalstabsarzt Dr. Anton Frisch (1849-1917), ein Freund Tandlers, die Absicht habe, eine wissenschaftliche ärztliche Kommission an die Isonzofront zu schicken, und dass dieser Kommission außer mir Karel Frederik Wenckebach (1864-1940), Alexander Kolisko (1857-1918) und Tandler angehören sollten; die Zeit werde aber erst später bekanntgegeben werden. Ich war gerne bereit, diesen Krieg, der schon mehr als zwei Jahre meine Beschäftigung war, einmal aus der Nähe zu sehen. Nun kam die Nachricht, dass die Kommission an den Kriegsschauplatz abgehen sollte, gerade während des Malariaexperiments. Ich glaube, ich hatte noch nicht einmal alle zehn Paralytiker geimpft. Ich gab also ausführliche schriftliche Weisungen, wie das Experiment weitergeführt werden sollte; auch wann und unter welchen Umständen verfrüht die Malaria mit Chinin zu unterbrechen wäre, und fuhr weg. Als ich zurückkam, erfuhr ich, dass einer der Geimpften gestorben war. Das war sehr betrüblich bei einem Eingriff, der ja Heilung bezweckte. Auch später starben Paralytiker, doch hatte sich da die Methode schon bewährt. Zu ihrer Einführung war es keine Empfehlung.

Ich hatte zu diesen zehn Einfällen schon einen glänzenden Erfolg. Ein Mann, der in der Welt herumgezogen war, um sein Publikum mit allerlei heiteren Darbietungen zu belustigen, man könnte ihn etwa einen Conferencier nennen, war verblödet und hatte seine ganzen Nummern vergessen. Bald nach der Malariakur besserte er sich so, dass man ihn eigentlich als geheilt betrachten konnte. Er gab auch für die Patienten der Klinik in einem der Gärten eine Vorstellung, bei der er ein großes Repertoire gedächtnismäßig tadellos beherrschte und in Ausdruck und Mimik vollkommen dem von ihm Vorgebrachten gerecht wurde. Er wurde auch als genesen von der Klinik anlassen. Einige Monate später erkundigte sich Dr. Raphael Weichbrodt (geboren 1886) von der Irrenanstalt in Frankfurt am Main bei uns nach diesem Mann. Er hatte offenbar bei seinem Herumreisen ein Rezidiv bekommen und war so in die Frankfurter Irrenanstalt gekommen. Seine Frau hatte aber den Ärzten dort von der wunderbaren, erfolgreichen Kur erzählt, die er in Wien durchgemacht hatte. Dr. Weichbrodt erkundigte sich, was wir mit dem Mann gemacht hätten. Ich schrieb ihm, dass es sich um eine Impfung mit Malaria gehandelt hätte, obwohl ich meine Malariaversuche noch nicht publiziert hatte. Weichbrodt enttäuschte mein Vertrauen nicht; er impfte zwar vier Paralytiker mit Malaria, aber er publizierte vorläufig nichts, sondern verlegte sich bald auf eine Behandlungsmethode, die zwar auf demselben Prinzip beruhte, wie die Malariabehandlung: er impfte Paralytiker mit Rekurrensspirillen und publizierte später darüber, geriet übrigens damit noch in einem Pri-

oritätsstreit mit Wilhelm Weygandt (1870 – 1939), dem Direktor der Hamburger Innenstadt.

Nun entschloss ich mich aber doch, meine Malariabehandlungsversuche zu veröffentlichen. Den unmittelbaren Anstoß dazu gab der Schriftsteller der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift Dr. Johann Bresler, der von mir einen Beitrag für eine Festnummer zum 60. Geburtstag Professor Antos in Halle erbat.

Ich wollte die Versuche der Malariatherapie fortsetzen, hatte aber an der Klinik keinen Malariakranken, von dem ich hätte abimpfen können. Ich bat also einen Internisten, der eine militärische Spitalsabteilung leitete, auf der viele Malariakranke lagen, er möge mir zur Überimpfung auf einen Paralytiker Blut von einem sichergestellten Tertiana-fall schicken. Diese beiden Punkte: Überimpfung auf einen Paralytiker, und sichergestellter Fall von Tertiana habe ich besonders betont, ich glaube sogar schriftlich niedergelegt. Ich habe leider das übersandte Blut nicht selbst mikroskopisch untersucht, weil ich fürchtete, dass es beim langen Stehen die Infektiosität verlieren könnte, sondern damit sofort einen Paralytiker geimpft und, als er zu fiebern anfang, von ihm drei andere Paralytiker. Es stellte sich aber bei den Erstgeimpften ein sehr bedrohliches Krankheitsbild mit hohen Fiebertemperaturen ohne Zwischenräume mit normaler Temperatur ein. Und die Untersuchung des Blutes ergab, dass fast alle Blutkörper von Plasmodien besetzt waren, viele sogar von zwei bis drei Parasiten, den kleinen Ringen der Tropica. Die Zahl der roten Blutkörperchen nahm erschreckend ab, und die weißen Blutkörperchen verschwanden ganz. Und das Fieber hörte nicht auf, trotzdem wir ihm fortwährend große Dosen Chinin intern und in Injektionen beibrachten. Kurz, es handelte sich um einen bösartigen Fall von Malaria tropica. Am 31. Tage starb er, und die Obduktion ergab in intensivster Ausprägung die Befunde einer Perniciosa. Zwei andere der Geimpften starben ebenfalls, und den vierten konnten wir nur mit großen, fortwährend verabreichten Dosen von Chinin und Neosalvarsan nach 45 Tagen fieber- und parasitenfrei machen. Allerdings heilte seine Paralyse dauernd und vollständig. Durch diesen Misserfolg wurde ich sehr entmutigt und hatte wenig Lust, die Malariatherapie fortzusetzen, um so mehr, als andere behaupteten, mit der Rekurrensimpfung bessere Resultate erzielen zu können. Da kam mir der Bakteriologe Professor Doerr zu Hilfe. Die Bakteriologen und Tropenmediziner waren überhaupt für die Malariatherapie sehr eingenommen, nicht wegen der armen Paralytiker, sondern weil ihnen die Malariatherapie Gelegenheit gab, an Menschen Versuche mit Malariainpfung zu machen; das war eigentlich der Weg, auf dem die Malariatherapie Eingang in England fand; und auch in Deutschland ging die Anregung zur Einführung der Malariatherapie von dem Malariologen Peter Mühlens (geboren 1874) in Hamburg aus. Doerr verschaffte mir also einen gründlich untersuchten und als reine Tertiana verifizierten Fall von Malaria, bei der auch eine Mischinfektion mit Tropica ausgeschlossen werden konnte. Der Patient wohnte in der Gegend, wo in Wien hie und da ein autochthoner Fall von Malaria vorkommt: die Dampfschiffe, die aus Ungarn, Serbien, Rumänien und Bulgarien Waren nach Wien bringen, legen am Donaukanal auf der Wiener Seite an. Sie bergen häufig Malariakranke unter dem Schiffspersonal. Diese werden von den Anopheles der Donauauen gestochen, und von

diesen Anophelen werden dann die Anwohner der Donau auf beiden Ufern mit Malaria infiziert.

Von einem solchen Fall also brachte Professor Doerr Blut an die Klinik. Mit diesem Blut wurden drei Paralytiker geimpft, und zwar, dem Wunsch von Professor Doerr entsprechend, einer mit 1 cm³ einer 20fachen Verdünnung des Blutes, der zweite mit 1 cm³ der 400fachen Verdünnung des Blutes, der dritte mit 1 cm³ der 8000fachen Verdünnung. Der Erfolg dieses Experiments entsprach aber nicht der Erwartung von Professor Doerr. Denn nur der mit der 400fachen Verdünnung geimpfte Paralytiker bekam Malariaanfalle, nicht aber der mit einer stärkeren Lösung Geimpfte. Ich ließ mich aber weiterhin auf solche Versuche nicht mehr ein, umso mehr, als Professor Doerr mittlerweile als Hygieniker nach Basel berufen worden war. Ich war froh, jetzt einen einwandfreien Malariatertiana-Stamm zu haben, und impfte von dem einen Patienten, der die Fieberanfalle bekommen hatte, andere Paralytiker, indem ich ihnen 1 cm³ unverdünntes Malariablut subkutan injizierte. Es lag aber damals noch gar keine Erfahrung vor, durch wie viele Passagen-Impfungen von Mensch zu Mensch – das Malariablut infektiös bleiben werde. Denn wenn etwa die Infektiosität des Blutes nach einigen Passagen aufgehört hätte, wäre ich vor der Notwendigkeit gestanden, mir immer wieder einen neuen Fall natürlicher, das heißt Anopheles-Malaria zu suchen. Zu meiner großen Freude stellte sich aber heraus, dass man die Impfung immer wieder erfolgreich durchführen kann, ohne zur Anopheles-Malaria zurückgreifen zu müssen. Und so impften wir von diesem durch Doerr im September 1919 geimpften Paralytiker die Malaria in endlosen Passagen von Mensch zu Mensch fort. Wir haben im Laufe der Jahre auch andere Malariastämme in Verwendung genommen, aber vor allem doch immer den Stamm aus dem Jahre 1919 fortgepflanzt. Der anfangs gehegten Befürchtung, uns immer und immer wieder einen neuen Malariastamm besorgen zu müssen, sind wir nicht ausgesetzt, und wenn wir im Laufe der Jahre neben dem alten Stamm eine Anzahl von anderen Stämmen an der Klinik hielten, so geschah das hauptsächlich wegen der öfters eintretenden Nötigung, eine zweite Malariakur bei einem Kranken durchzuführen. Wir hatten nämlich die Erfahrung gemacht, dass derselbe Stamm oft ein zweites Mal nicht zur Wirkung kommt, während die Impfung wieder angeht, wenn von einem neuen Tertianastamm überimpft wird. Zu diesem Zweck hab ich später auch einen Stamm von Malaria quartana an der Klinik eingeführt, der ebenso gute Heilerfolge gab wie der der Tertiana.

Nachdem wir also den von Professor Doerr zur Verfügung gestellten Tertianastamm hatten, wurde die Malariakur in großem Maßstabe durchgeführt, das heißt, es wurden Männer und Frauen mit progressiver Paralyse mit Malaria behandelt, ebenso die Fälle von Tabes.

Publiziert wurde aber zunächst nichts. Doch häuften sich die Fälle, die als verlorene Menschen an die Klinik gekommen waren, und die nach wenigen Wochen wieder in Familie, Beruf und Gesellschaft zurückkehrten, so dass sich eine Art Propaganda entwickelte und der Klinik mehr und mehr Fälle zur Behandlung zugeschickt wurden. In Deutschland rührte sich vorläufig nichts, noch weniger in anderen Ländern.

Es war damals der Vorschlag gemacht worden, dass die wissenschaftlichen Gesellschaften von Deutschland und Österreich in lebhafteren Verkehr miteinander treten sollten; und so sollte auch der deutsche Verein für Psychiatrie einen Österreicher in seinen Vorstand aufnehmen. Dazu wurde zunächst ich ausersehen. Im Herbst 1920 sollte die Jahresversammlung in Hamburg stattfinden. Im Laufe der Vorträge, die bei dieser Tagung gehalten wurden, ergriff unter anderen ein Arzt der Hamburger städtischen Irrenanstalt Friedrichsberg das Wort im Namen von drei Herren und teilte mit großem Selbstbewusstsein mit, dass sie versucht hätten, progressive Paralyse durch Impfung mit *Malaria tertiana* und *tropica* und mit *Rekurrennesspirochäten* zu behandeln, und berichtete über ihre Erfolge. Erst am Schluss seiner Mitteilung erwähnte er ganz nebenbei, dass Wagner-Jauregg auch schon einmal etwas Ähnliches gemacht habe. In der Veröffentlichung des Vortrages in der Münchener medizinischen Wochenschrift, die zwei Monate nach der Jahresversammlung stattfand, haben die drei Herren allerdings schon meinen Prioritätsansprüchen vollkommen Rechnung getragen. Ich ergriff nach dieser Mitteilung sofort das Wort, betonte, dass ich die erste Malariainpfung 1917 gemacht hatte, dass ich dann zuerwartete, wie der therapeutische Erfolg wäre und dass ich nach einem Jahr diese Behandlung wieder aufgenommen hätte und schon über eine viel größere Anzahl von Erfolgen berichten könnte als die drei Autoren. Ich warnte sie außerdem vor der Tropicaimpfung, indem ich ihnen sagte, dass wir mit einer unbeabsichtigten Tropicaimpfung schlimme Erfahrungen gemacht hätten. Sie schienen mir das letztere nicht zu glauben, denn sie haben offenbar weiter mit weiter mit *Tropica* geimpft. Es wurde aber bald bekannt, dass sie damit ebenso üble Erfahrungen gemacht hatten wie wir in Wien; nur war die Zahl ihrer Toten größer.

Mittlerweile hatte die Anzeige zur Einleitung zur Einleitung der Malariatherapie eine Erweiterung erfahren. Es hatte sich nämlich bald herausgestellt, dass die Malariatherapie umso wirksamer war, je früher man sie einleitete; ich hatte das auch bei jeder Gelegenheit betont. Eines Tages, ich glaube im Frühjahr 1922, kam mein Assistent Dr. Bernhard Dattner zu mir und meinte, es wäre vielleicht am besten, wenn man die Paralytiker schon vor ihrer Erkrankung mit *Malaria* behandeln würde. Man wusste nämlich damals schon, wer die Kandidaten der Paralyse seien: die Luetiker, die in einem späten Zeitpunkt nach der Infektion noch positive Liquorreaktionen hatten. Ich sagte Dattner, dass das natürlich ganz richtig sei, aber wir hätten nicht das entsprechende Krankenmaterial. Dieses Material von nicht geisteskranken Spät-Luetikern mit positivem Liquorbefund hätten die Kliniken für Syphilis in Evidenz. Ich schickte also Dr. Dattner zu dem mir befreundeten Professor Josef Kyrle (1880-1926) an der Klinik für Syphilis (Professor Ernest Finger), damit er ihm diesen Vorschlag mache. Kyrle verhielt sich aber ablehnend und sagte mir später selber, man könnte das nicht machen. Es sei etwas anderes, wenn man einem Paralytiker, der ja sonst ohnehin verloren sei, *Malaria* einimpfe, als wenn man das bei einem anscheinend gesunden Menschen mache, bloß weil er einen positiven Liquor habe. Einige Wochen danach teilte er mir aber mit, er habe es doch gemacht und die Sache bewähre sich. Kyrle hat dann dieses Verfahren mit Eifer und Geschick weiter betrieben, schon 1923 in München eine Mitteilung gemacht und trat dann mit seinen Erfolgen bei der

Naturforscherversammlung in Innsbruck 1924 hervor. Wir hatten zu dem Zweck der Malariatherapie eine gemeinsame Sitzung der Syphilidologen und der Psychiater und Neurologen veranstaltet.

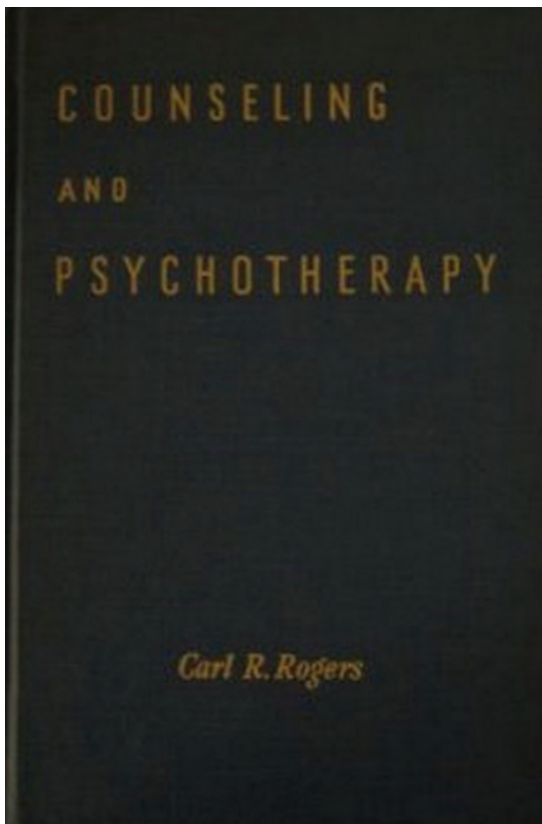
Allmählich kamen nun auch die Ehrungen, die mir anlässlich der Einführung der Malariatherapie zuteil werden sollten. So wurde mir auf der Naturforscherversammlung in Düsseldorf 1926 die Erb-Medaille der Gesellschaft deutscher Nervenärzte verliehen und die Ehrenmitgliedschaft dieser Gesellschaft; 1927 verlegte die deutsche Gesellschaft für Psychiatrie ihre Jahresversammlung mit zu Ehren nach Wien und verlieh mir die Ehrenmitgliedschaft. Schon 1924 teilte mir Kyrle mit, er habe durch Max Nonne erfahren, dass ich den Nobelpreis bekommen werde. Ich musste allerdings noch bis 1927 warten und erfuhr dann erst in Stockholm, warum ich den Nobelpreis nicht früher bekam. Den Nobelpreis für Medizin verleiht nämlich das Karolinische Institut der Universität, welches unserem medizinischen Professorenkollegium entspricht. Über meinen Vorschlag musste natürlich der Professor der Psychiatrie, Gadelius, referieren, der sagte, er könne sich nicht entschließen, einem Arzt, der einem Paralytiker noch Malaria einimpfte, den Nobelpreis zu verleihen, denn er sei in seinen Augen ein Verbrecher. So musste ich also warten, bis dieser alte Herr pensioniert wurde. Ich habe ihn übrigens, als ich im Dezember 1927 den Nobelpreis in Stockholm bekam, kennen gelernt, und wir haben uns ganz freundschaftlich unterhalten. Die Verleihung des Nobelpreises erfuhr ich übrigens unter recht aufregenden Umständen: die Abstimmung über die vorliegenden Vorschläge erfolgte in der Regel in den letzten Septembertagen. Ich hatte in der Neuen Freien Presse eine Notiz gelesen über die voraussichtlichen Kandidaten für den Nobelpreis für Medizin. Ich war nicht unter ihnen, und so hatte ich mich mit dem Gedanken, dass ich ihn nicht bekommen werde, schon ganz abgefunden. Von der Gadelius-Affäre wusste ich damals noch nichts. Eines Abends, im September 1927, wurde ich um 10 Uhr von einer Berliner Zeitung telefonisch gefragt, ob ich etwas darüber wisse, dass ich unter den Kandidaten für den Nobelpreis sei. Ich verneinte. Um 11 Uhr rief der Zeitungsmann mich noch mal an und teilte mir mit, dass die Sitzung des Karolinischen Instituts noch andauere. Darauf begab ich mich zu Bett und schlief seelenruhig ein. Um 1 Uhr wurde ich aber aus dem Schlaf durch einen telefonischen Anruf von demselben Berliner Korrespondenten geweckt. Er teilte mir mit, man habe mir soeben in Stockholm den Nobelpreis verliehen. Nun war es allerdings mit dem Schlafen nichts mehr. Ich tat das, was ich bei nächtlichen Schlafpausen schon längere Zeit zu tun pflegte: ich stand auf und spielte Schach mit mir selbst; ich spielte irgendeine Meisterparty aus irgendeinem Turnier mit dem Steckschach nach. Zeitig in der Früh des nächsten Tages wurde ich von Stockholm aus angerufen, und man teilte mir die Verleihung des Nobelpreises mit.

In den folgenden Jahren bis zu meinem Rücktritt vom Lehramt beschäftigte meine Assistenten und mich vor allem die Verbesserung der Malariabehandlung, respektive im Laufe derselben und bald danach. Ich führte die Verabreichung von ganz kleinen Chinindosen (0,1 bis 0,3) bei besonders heftigem Fieberverlauf ein, ferner die Zweiteilung der Kur bei Paralytikern über 50 Jahre und bei solchen mit Organschäden. Ich ließ die Kranken dann nur drei bis höchstens vier Fieberanfälle durchmachen.

Dann schaltete ich eine sechswöchige Pause ein, die mit einer spezifischen Behandlung ausgefüllt wurde, während welcher der gewöhnliche Aufschwung des Allgemeinzustandes erfolgte. Dann wurde neuerlich geimpft mit vier bis sechs Anfällen, welche der Kranke meistens sehr gut vertrug. Bei Patienten, bei denen die erste volle Kur nicht sehr gut gewirkt hatte, die aber sonst kräftig waren, führte ich gleich eine zweite Kur durch und erzielte damit wiederholt ganz besonders glänzende Erfolge.

Quelle: Wagner-Jauregg, Julius. 1911. Lebenserinnerungen. Wien: Springer, S. 153-170.

9.7 Carl Rogers (1902-1987)



Der Amerikaner Carl Rogers zählte zu den führenden Persönlichkeiten auf dem Gebiet der humanistischen Psychologie und Psychotherapie. Was ihn zu einer solchen Koryphäe in diesen Bereich gemacht hat, waren unter anderem die Erfahrungen und Erlebnisse seiner Kindheit in einer Familie, die Rogers selbst als streng, emotional distanziert und in völliger sozialer Isolation lebend, beschrieb. Gegen den Willen seiner Eltern brach er sein Agrarstudium

ab, wechselte kurzzeitig zur Theologie und promovierte schließlich 1931 als klinischer Psychologe. Bereits Anfang 1940 verfolgte Rogers eine Therapiemethode, die sich ausschließlich auf den Patienten konzentrierte. In seinem

Buch „Counseling und Psychotherapy“ aus dem Jahre 1942 formulierte er zum ersten Mal ausführlich seine Grundgedanken dazu. Diese klientenzentrierte oder nicht-direktive Gesprächstherapie basiert auf der Annahme, dass jeder Mensch in sich die Fähigkeit hat, sich selbst zu verstehen und konstruktiv zu verändern, und dass dieses Potential durch eine wachstums- und ent-

wicklungsfördernde Beziehung zu einem Therapeuten freigesetzt werden kann. Anders als in der Psychoanalyse geht es hier jedoch nicht um eine Interpretation von Gesprächsinhalten, sondern um das Zutagefördern von Gedanken, Gefühlen, Einstellungen und Impulsen, die im Zusammenhang mit Problemen und Konflikten stehen. Um dieses zu erreichen muss der Therapeut nach Rogers drei Grundhaltungen realisieren: Erstens: Positive Wertschätzung in Form eines bedingungslosen Annehmens der Gesprächsinhalte. Zweitens: Einfühlsames Verstehen der Welt und der Probleme aus Sicht des Klienten sowie die Kommunikation dieser Empathie gegenüber dem Klienten. Und drittens: Echtheit und Wahrhaftigkeit gegenüber dem Klienten.

9.8 Eric Kandel (geb. 1929)



Abb. 37: Eric Kandel in der Ausstellung „Dämonen und Neuronen in Magdeburg (19.12.2010)

Der 1929 in Wien geborene und im Alter von zehn Jahren in die USA emigrierte Eric Kandel studierte zunächst als Stipendiat der Harvard University Geschichte und Literatur, wechselte aber dann doch zur Medizin. Obwohl immer stark an Sigmund Freud und seinen Theorien interessiert, entschied sich Kandel, nicht den Weg des Psychoanalytikers ein-

zuschlagen. Ihn faszinierten nämlich die biologischen Vorgänge des Gehirns weitaus mehr als die psychologischen, deshalb widmete er sich den kognitiven Neurowissenschaften – den Wissenschaften, die sich mit den komplexen Mechanismen der Übertragung und Verarbeitung von Informationen beschäftigen. Zu Kandels Spezialgebiet gehörte das Gedächtnis des Menschen. Bei seinen Forschungen erkannte er, dass die Fähigkeit der Erinnerung mit synaptischen Verbindungen zwischen den Neuronen zusammenhängt. Vereinfacht gesagt: Synapsen leiten als eine Art Kontaktstelle zwischen den Nervenzellen Informationen zur Verarbeitung und Speicherung weiter. Kandel be-

wies in seinen Arbeiten, dass das Lernen des Menschen nicht allein auf der Bildung neuer Verknüpfungen zwischen Nervenzellen beruht, sondern vor allem eine funktionale Veränderung der Effektivität bereits vorhandener Verbindungen ist, in der biochemische Stoffe – die Neurotransmitter – für die Informationsweiterleitung eine wesentliche Rolle spielen. Diese Erkenntnisse gelten als wichtiger Meilenstein für die Erforschung und Behandlung von psychischen Störungen. Für seine Arbeiten zur Signalübertragung im Nervensystem wurde Kandel im Jahr 2000 mit dem Nobelpreis für Physiologie oder Medizin ausgezeichnet.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Impressionen aus dem Prolog – Ägypten und Griechenland	8
Abb. 2: Impressionen aus dem Hauptteil – Robert Enke und Katrin Sass.....	9
Abb. 3: Besuchermeinungen.....	10
Abb. 4: Trommel des südsibirischen Volkes der Chakassen	13
Abb. 5: Schamanenmaske aus Sri Lanka	14
Abb. 6: Seite aus dem Papyrus Ebers	17
Abb. 7: Aristoteles	19
Abb. 8: Titelblatt der ersten deutschen Übersetzung.....	20
Abb. 9: Ausgabe der Dämonengeißel von 1580.....	27
Abb. 10: Ausgabe des Rituale Romanum von 1640	30
Abb. 11: Schmuckausgabe des Koran.....	46
Abb. 12: Seite aus dem Kanon der Medizin	47
Abb. 13: Grundriss des Bimaristans in Kairo.....	48
Abb. 14: Pinels „Abhandlung“	50
Abb. 15: Darstellung Pinels als Befreier der geisteskranken Frauen	50
Abb. 16: Samuel Tuke	51
Abb. 17: Das „Retreat“ in York	52
Abb. 18: Titelseite von Tukes Beaschreibung des „Retreat“	52
Abb. 38: Jean Etienne Dominique Esquirol	53
Abb. 20: Titelblatt der ersten deutschen Übersetzung von 1827	53
Abb. 21: Wilhelm Griesinger	54
Abb. 22: Konrad Alt	91
Abb. 23: Christian Roller	97
Abb. 24: Ein „T4“-Opfer: Gertrud J.	139
Abb. 25: Ein Überlebender: Otto D.....	142
Abb. 26: Ein Überlebender: Bruno S.....	143
Abb. 27: Ein Überlebender: Willy S.....	143
Abb. 28: Eine Überlebende: Lina P.	144
Abb. 29: Diagnosen.....	147
Abb. 30: Schichtzugehörigkeit	149
Abb. 31: Verlegungen.....	150
Abb. 32: Geschlecht	151
Abb. 33: Aufenthaltsdauer.....	153
Abb. 34: „Bildungszugehörigkeit“	155
Abb. 35: Möglicher Überlebensgrund.....	156
Abb. 36: Ein „T4“-Opfer: Gustav F. (um 1920)	159
Abb. 37: Eric Kandel in der Ausstellung „Dämonen und Neuronen“ in Magdeburg (19.12.2010)	295