

Aus der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Direktorin: Prof. Dr. Katja Becker

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg  
in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,  
Standort Marburg

**Schizophrene Patienten  
in der Marburger Universitätspsychiatrie  
während des Zweiten Weltkrieges**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der gesamten Humanmedizin

dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
vorgelegt

von  
Susanne Ebner  
aus Ludwigshafen am Rhein

Marburg, 2010

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
am: 21. Januar 2010

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekan:	Prof. Dr. Matthias Rothmund
Referent:	Prof. Dr. Dr. Helmut Renschmidt
Korreferent:	Prof. Dr. Volker Roelcke, Gießen

Meiner Schwester Regina



# Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Einleitung</b>	
1.	Einführung und Fragestellung	9
2.	Quellen	13
2.1	Quellen der Universitätsnervenklinik	13
2.1.1	Die Aufnahmebücher aus den Jahren 1939-45	14
2.1.2	Die Patientenakten der Universitätsnervenklinik	17
2.1.2.1	Der Gesamtaktenbestand	17
2.1.2.2	Statistische Besonderheiten der ermittelten Patientenakten	18
2.1.2.3	Aktenaufbau	19
2.2	Quellen der Landesheilanstalt Marburg	21
2.3	Quellenkritik	22
3.	Untersuchungsmethode	23
3.1	Quantitative Analyse	23
3.2	Qualitative Analyse	23
<b>B</b>	<b>Historischer Überblick: Die Schizophrenie in den 1930er und 1940er Jahren</b>	
1.	Die Entwicklung des Schizophreniebegriffs: Definition, Einteilung und Verlauf	25
1.1	Emil Kraepelin und die dichotome Einteilung der Psychosen	25
1.2	Kritik und Weiterentwicklung	26
1.2.1	Eugen Bleuler und die Gruppe der Schizophrenien	26
1.2.2	Kurt Schneider und die Symptome ersten und zweiten Ranges	30
1.2.3	Ernst Kretschmer und die Konstitutionslehre	31
1.2.4	Weitere Entwicklung	32
	Exkurs: Der sensitive Beziehungswahn nach Ernst Kretschmer	34
2.	Die (vermuteten) Ursachen der Schizophrenie	37
3.	Die Behandlung der Schizophrenie	38
3.1	Die „psychotherapeutischen“ Verfahren	38
3.2	Die somatischen Therapieverfahren	41
3.2.1	Die Fieberkuren	42
3.2.2	Der Dauerschlaf	42
3.2.3	Die Insulinkomatherapie	43

3.2.4	Die Krampftherapien	45
4.	Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg	47

## **C Ergebnisse**

<b>I.</b>	<b>Die fehlenden Patientenakten der Universitätsnervenklinik</b>	<b>49</b>
1.	Militärpsychiatrische Aspekte: Zivilisten und Soldaten	50
2.	Soziale Aspekte: Altersverteilung, Familienstand und Beruf	53
2.1	Altersverteilung	53
2.2	Familienstand	54
2.3	Beruf	55
3.	Diagnosen	56
4.	Zusammenfassung und Diskussion	57
<b>II.</b>	<b>Allgemeiner Teil: Persönliche und administrative Daten, Verlegungen in die Landesheilanstalt Marburg</b>	<b>61</b>
1.	Persönliche Daten	61
1.1	Zivilisten und Soldaten	62
1.2	Altersverteilung	68
1.3	Familienstand	70
1.4	Schule und Beruf	71
1.4.1	Schule	71
1.4.2	Beruf	73
1.5	Dienstgrade	74
2.	Administrative Daten	76
2.1	Einweisung	76
2.2	Anzahl der Klinikaufenthalte	77
2.3	Länge des Aufenthalts	79
2.4	Entlassung	80
3.	Zusammenfassung: Persönliche und administrative Daten	84
4.	Die Verlegungen in die Landesheilanstalt Marburg	86

<b>III.</b>	<b>Im Besonderen: Die Schizophrenie – Befunde, Therapie, Begutachtungen und „Rassenhygiene“</b>	<b>92</b>
1.	Befunde	92
1.1	Die Schizophreniediagnosen – Eine Überprüfung der Diagnosen aus heutiger Sicht	92
1.1.1	Diagnosenvergabe	93
1.1.2	Diagnosenvergleich mit der ICD-10	97
1.1.3	Zusammenfassung und Diskussion	105
1.2	Weitere Untersuchungsbefunde	108
2.	Therapie	110
2.1	Durchführung und Art der Therapien	110
2.2	Der Dämmer Schlaf	116
2.3	Die Cardiazolschockbehandlung	117
2.4	Die Insulinkomatherapie	119
2.5	Die Elektroschockbehandlung	122
2.6	Zusammenfassung und Diskussion	124
3.	Begutachtungen und „rassenhygienische Maßnahmen“	127
3.1	Beobachtungen und Begutachtungen	127
3.2	Schizophrenie als „Erbkrankheit“: „Rassenhygienische Maßnahmen“	129
4.	Zusammenfassung: Schizophrenie	135
<b>D</b>	<b>Schlussbetrachtung und Zusammenfassung</b>	<b>137</b>
	<b>Quellen- und Literaturverzeichnis</b>	<b>143</b>
	Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer	153
	Danksagung	155



## A Einleitung

### 1. Einführung und Fragestellung

Die vorliegende Dissertation entstand im Rahmen eines größeren Publikationsprojektes, das die Geschichte der Marburger Medizinischen Fakultät während der Zeit des Nationalsozialismus aufarbeitete.<sup>1</sup> Sie beschäftigt sich mit dem speziellen Kapitel der „Psychiatrie in den Kriegsjahren“, konkret: mit Behandlung und Verlauf schizophrener Erkrankungen in Marburg zwischen 1939 und 1945.

Was machte die Untersuchung einer psychiatrischen Erkrankung in den Kriegsjahren so interessant?

Die Kriegsjahre stellten zunächst per se einen besonderen Abschnitt in der Zeit des Nationalsozialismus dar, in dem sich auch das Leben an den Universitätskliniken änderte – es sei hier nur auf die Einrichtung der Lazarette verwiesen.<sup>2</sup>

Für die Psychiatrie ergaben sich jedoch zusätzliche Besonderheiten, von denen vor allem zwei zu nennen sind: zum einen die „Wehrpsychiatrie“, d.h. die Diagnose und Behandlung von speziell bei Soldaten auftretenden „psychopathischen“ Störungen im Zusammenhang mit dem Krieg, und zum anderen die „Euthanasie“, d.h. die Ermordung psychiatrischer Patienten, vor allem in den ersten Kriegsjahren.<sup>3</sup>

In der oben genannten Publikation beschäftigt sich das Kapitel zur Marburger Psychiatrie in den Kriegsjahren unter anderem mit diesen Besonderheiten.<sup>4</sup> Die Frage nach der Rolle der Universitätspsychiatrie im Zusammenhang mit der „Euthanasie“ blieb dabei allerdings offen. Zwar fanden sich keine Hinweise auf Euthanasiefälle unter Patienten der Marburger Universitätsnervenklinik; es ließ sich jedoch nicht abschließend klären, was mit Patienten passierte, die von der Universitätsnervenklinik in eine Landesheilanstalt verlegt wurden.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup> Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, herausgegeben von Gerhard Aumüller, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt, Saur, München 2001.

<sup>2</sup> Für die Marburger Universitätspsychiatrie bedeutete dies konkret die Einrichtung des „Reservelazaretts III“ kurz vor Beginn des Krieges. Zum Reservelazarett III s. auch Aumüller S. 594.

<sup>3</sup> Zu den genannten Komplexen gibt es bereits eine Fülle von Literatur, z.B. Riedesser zur Militärpsychiatrie und Klee 1985 zur „Euthanasie“. Im Rahmen der „Euthanasie“ wurden bis zum offiziellen „Euthanasie-Stopp“ im August 1941 mindestens 70 000 Menschen umgebracht (Klee 1985 S. 340). Davon waren nicht nur psychiatrische Patienten betroffen. Eine entsprechende Aufstellung findet sich bei Klee 1985 S. 122f.

<sup>4</sup> Aumüller S. 592ff.

<sup>5</sup> Aumüller S. 600ff. Näheres dazu s.u.

Dies war zunächst der Anlass, mit dieser Arbeit eine speziellere (quantitative und) qualitative Analyse auf der Grundlage der erhaltenen Patientenakten vorzulegen. Die Akten speziell von Schizophreniepatienten für diese Untersuchung auszuwählen, bot sich aus zweierlei Gründen an: Einerseits waren schizophrene Patienten mit von den Euthanasie-morden betroffen und stellten somit ein für die Untersuchung relevantes Patienten-klientel dar. Andererseits ergaben sich unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten interessante Aspekte: Die Schizophrenie galt – hinsichtlich der unter dem Stichwort der „Wehrpsychiatrie“ erfassten Krankheiten – als kriegsunabhängig.<sup>6</sup> Anders verhielt es sich mit den so genannten Kriegsneurotikern. Diese letztere Gruppe ist bereits im Rahmen einer Veröffentlichung zur Militärpsychiatrie in Marburg untersucht worden.<sup>7</sup> Für die vorliegende Arbeit bot sich damit die Möglichkeit, beide Patientengruppen – Schizophrene und „Psychopathen“ – hinsichtlich Profil und Behandlung miteinander zu vergleichen.

Doch auch die Schizophrenie an sich lohnte ein näheres Hinschauen: Anfang des 20. Jahrhunderts von Eugen Bleuler eingeführt, gab der Begriff der Schizophrenie einer „klassisch“ psychiatrischen Erkrankung einen neuen Namen. Doch genaue Definition und Abgrenzung dieser Krankheit zu anderen Krankheiten waren in der damaligen Fachwelt umstritten und die Therapiemöglichkeiten begrenzt. Einigkeit herrschte hingegen darüber, dass die Schizophrenie erblich sei. In einer Zeit der „Rassenhygiene“ gehörte auch sie daher zu den von Zwangssterilisationen nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 betroffenen Erkrankungen.<sup>8</sup> Zugleich versuchte man sich jedoch in den 1930er und 1940er Jahren auch an neuen Therapien, um die Symptome zu lindern.<sup>9</sup>

Vor diesem Hintergrund gliedert sich die vorliegende Arbeit somit in zwei Abschnitte mit folgenden Fragestellungen:

Im *ersten Abschnitt* (unten B) wird zunächst die Frage geklärt: Was verstand man damals unter dem Begriff der Schizophrenie? Diese Standpunktklärung ist vor allem aus

---

<sup>6</sup> Vgl. dazu auch Renschmidt S.613. Man hatte im Ersten Weltkrieg beobachtet, dass die Häufigkeit schizophrener Psychosen – im Gegensatz zu den sog. Kriegsneurosen – nicht zunahm.

<sup>7</sup> Roland Müller: Wege zum Ruhm. Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg. Das Beispiel Marburg, PapyRossa, Köln 2001.

<sup>8</sup> RGBI. I 1933, S. 529. Betroffen von Zwangssterilisationen waren nicht nur Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen.

<sup>9</sup> Hinsichtlich des „ungebrochenen therapeutischen Aktivismus“ dieser Zeit vgl. Siemen S.112ff.

dem Grund notwendig, weil sich der Schizophreniebegriff im Laufe der Zeit wandelte. Vor allem an Hand der zeitgenössischen wissenschaftlichen Literatur wird hier deshalb dargestellt, welcher Krankheitsbegriff sich in den 1930er und 1940er Jahren mit der Diagnose einer Schizophrenie verband. Eingegangen wird dabei auf die Entwicklung des Schizophreniebegriffs, die vermuteten Ursachen sowie die damals möglichen Therapien.

Nachdem der historische Boden auf diese Weise bereitet ist, werden im *zweiten Abschnitt* der Arbeit (unten C) die vorhandenen Patientenakten ausgewertet. Mit Blick auf die Schizophrenie ergab sich dabei ein allgemeiner und ein besonderer Teil:

Der *allgemeine Teil* – „Persönliche und administrative Daten“ – beschäftigt sich mit dem Profil der aufgenommenen Patienten. Neben der Frage „Zivilist oder Lazarettpatient?“ stehen also persönliche Daten im Vordergrund wie Alter, Familienstand, Bildung und Beruf bzw. Dienstgrade bei Soldaten sowie administrative Daten wie Einweisung, Länge des Aufenthalts und Entlassung. Diese Daten werden unter folgenden Gesichtspunkten diskutiert:

(1) Militär- und allgemeinspsychiatrisch: In welchem Zahlenverhältnis standen Lazarettpatienten und zivile Patienten? Inwiefern unterschieden sich diese Gruppen im Hinblick auf die eben genannten Kategorien? Wie ordnen sich die Daten in den Marburger Gesamtkontext ein, den die eingangs erwähnten Publikationen aufgezeigt haben? Bei der allgemeinspsychiatrischen Diskussion bot sich überdies zum Vergleich eine im Jahr 1999 erschienene Studie zu den Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin an.<sup>10</sup> Diese Studie wertet die Krankengeschichten der damaligen Heilanstalt sehr ausführlich aus. Damit ergab sich für die hiesige Arbeit – quasi als Nebenprodukt – die Frage nach

---

<sup>10</sup> Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999. Diese sehr ausführliche quantitative Auswertung psychiatrischer Krankenakten stellte im deutschsprachigen Raum sowohl hinsichtlich des Themas als auch der Methode bisher ein Novum dar. Weitere Projekte mit ähnlichen Fragestellungen waren zum Abschluss dieser Arbeit noch nicht veröffentlicht und konnten somit nicht zum Vergleich herangezogen werden. Vgl. dazu auch Beddies 2002.

quantifizierbaren Unterschieden zwischen einer Universitätspsychiatrie und einer Heilanstalt.<sup>11</sup>

(2) Verlegungen: Daran anknüpfend und zum Thema der „Euthanasie“ weiterleitend stellte sich die Frage: Welche Verlegungen in Heil- und Pflegeanstalten erfolgten von der Marburger Universitätspsychiatrie aus? Die Frage der Verlegungen war deshalb interessant, da Patienten in Universitätsnervenkliniken – im Gegensatz zu jenen in Heil- und Pflegeanstalten – prinzipiell nicht Opfer von Euthanasiemorden wurden.<sup>12</sup> Erst mit der Verlegung in eine Heil- und Pflegeanstalt gerieten die Patienten in das Visier der „Euthanasiegutachter“. Der Frage nach „Euthanasiefällen“ unter den Patienten der Marburger Universitätspsychiatrie ließ sich deshalb nur über die Spur der Verlegungen in Landesheilanstalten nachgehen. Auf diese Verlegungen wird darum bei der Auswertung der administrativen Daten ein besonderes Augenmerk gerichtet. Aufgrund der besonderen institutionellen Situation in Marburg – neben der Universitätspsychiatrie gab es eine Landesheilanstalt in Marburg-Cappel – bot es sich an, vor allem das weitere Schicksal von Patienten nachzuvollziehen, die in die Marburger Landesheilanstalt verlegt wurden.<sup>13</sup> Da eine Verlegung von Patienten in eine Tötungsanstalt in der Regel nicht direkt, sondern über mehrere Zwischenanstalten erfolgte, werden auch die entsprechenden Krankenblätter der ehemaligen Landesheilanstalt Marburg vor allem nach weiteren Verlegungshinweisen ausgewertet.<sup>14</sup>

Im *besonderen Teil* steht dann die Schizophrenie an sich im Mittelpunkt: Um zu überprüfen, ob der damalige Schizophreniebegriff mit einem heutigen Diagnoseschema kompatibel ist, werden in einem ersten Schritt die Diagnosen der untersuchten Patientengeschichten mit heutigen ICD-10-Diagnosen abgeglichen, sofern die Datenlage dies erlaubte.

---

<sup>11</sup> In diesem Fall war die „Heilanstalt“ allerdings vor allem für die psychiatrische Erstversorgung zuständig. Bei mangelnder Besserung erfolgte meist eine Verlegung in eine Heil- und Pflegeanstalt nach Brandenburg. Beddies 1999b S. 337.

<sup>12</sup> Klee 1985 S. 123.

<sup>13</sup> Näheres zur Geschichte beider Kliniken sowie kriegsbedingten Änderungen in Struktur, Organisation und Aufgabenstellung findet sich bei Aumüller S. 592ff. sowie bei Pause.

<sup>14</sup> Vgl. dazu Klee 1985 S. 263. Für die Landesheilanstalt Marburg sind „Euthanasiefälle“ bekannt. Zwischen April und September 1941 wurden in insgesamt sechs Transporten 234 Patienten der Landesheilanstalt über Zwischenanstalten in Scheuern, Weilmünster, Eichberg und Herborn in die Tötungsanstalt nach Hadamar verlegt. Vgl. dazu auch den ausführlichen Artikel von Lilienthal (hier insbesondere S. 281).

In einem zweiten Schritt werden die konkreten Auswirkungen der Diagnose an sich betrachtet: Dies umfasst die Therapie ebenso wie Begutachtungen und Zwangssterilisationen.<sup>15</sup> Schlaglichtartig wird dabei auch der Standpunkt des Patienten (soweit überliefert) einbezogen. Auch hier wird noch einmal unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten besonders auf eine unterschiedliche Behandlung von Zivilisten und Lazarettangehörigen geachtet.

Zum Thema der Zwangssterilisationen ist noch zu erwähnen, dass es zur Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Marburg bereits ausführliche Darstellungen gibt, die sich vor allem auf die noch vorhandenen Erbgesundheitsgerichtsakten stützen.<sup>16</sup> Anhand der Vollerhebung einer Patientengruppe, die unter das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fiel, wird in dieser Arbeit aus einer anderen Perspektive nochmals der Umgang mit dem Gesetz untersucht. Hierbei wird insbesondere der Frage nach Abweichungen zur bereits beschriebenen (in Marburg gängigen) Praxis nachgegangen.

## 2. Quellen

Für die vorliegende Arbeit standen drei Quellen<sup>17</sup> zur Verfügung: aus dem Universitätsbereich zum einen die (digitalisierten) Aufnahmebücher der Marburger Universitätspsychiatrie von 1939-1945, zum anderen die Patientenakten der Universitätsnervenklinik. Dritte Quelle waren die Patientenakten der ehemaligen Landesheilanstalt Marburg. Im Folgenden seien die Quellen der Universitätsnervenklinik und der ehemaligen Landesheilanstalt getrennt vorgestellt.

### 2.1 Quellen der Universitätsnervenklinik

Die Quellen der Universitätsnervenklinik setzen sich aus den Aufnahmebüchern sowie den Patientenakten zusammen. Dabei sind die Patientenakten die eigentliche Haupt-

---

<sup>15</sup> Zwangssterilisationen traten während des Krieges allerdings in den Hintergrund: Mit Kriegsbeginn trat eine Verordnung in Kraft, wonach „Anträge auf Unfruchtbarmachung“ nur noch zu stellen seien, „wenn die Unfruchtbarmachung wegen besonders großer Fortpflanzungsgefahr nicht aufgeschoben werden darf.“ (Klee 1985 S. 85) Die Erfassung lief jedoch weiter.

<sup>16</sup> Krähwinkel 1999, Krähwinkel 2001, Hilder. Eine allgemeine Untersuchung findet sich u.a. bei Bock.

<sup>17</sup> Soweit nachfolgend Originalpassagen aus den Quellen zitiert werden, geschieht dies wortwörtlich; lediglich offensichtliche Tippfehler sind korrigiert. Patientennamen werden zur Anonymisierung abgekürzt.

quelle dieser Untersuchung. Notwendiger Ausgangspunkt für deren Auswertung waren jedoch die Aufnahmebücher der Universitätsnervenklinik:

### 2.1.1 Die Aufnahmebücher aus den Jahren 1939-45

Nachdem die Patientengruppe definiert war („Männer<sup>18</sup> mit einer zur Schizophrenie gehörenden Diagnose in der Zeit des Zweiten Weltkriegs“), galt es in einem nächsten Schritt die benötigten Patientenakten ausfindig zu machen. Dazu bedurfte es der Aufnahmebücher<sup>19</sup> der Universitätsnervenklinik. Der Grund hierfür liegt in der Art der Archivierung der Akten: Zu Beginn der Recherchen lagerten alle Patientenakten seit Gründung der Klinik nach Geburtsdatum sortiert im Archiv. Eine einfache diagnostische oder zeitliche Zuordnung zur NS-Zeit war somit nicht möglich. Die Aufnahmebücher verbanden nun für die gesuchte Patientengruppe unter anderem die Diagnose mit dem Aufnahmedatum und dem Geburtsdatum und stellten somit den Schlüssel zur Akte dar.

Im Rahmen des eingangs genannten Projektes zur Geschichte der Marburger Medizinischen Fakultät waren diese Aufnahmebücher als Access-Datenbank digitalisiert worden. Auf diese Vorarbeiten, die die Suche enorm erleichterten, konnte an dieser Stelle zurückgegriffen werden.<sup>20</sup>

Im Einzelnen ergab sich hinsichtlich der Zahl der Gesamtpatientenaufnahmen in die Universitätsnervenklinik sowie des Anteils schizophrener Diagnosen folgende Datenlage:

Während des Zweiten Weltkrieges in Marburg (der Zeit zwischen dem 1.9.1939 und dem 28.3.1945, dem Kriegsende in Marburg)<sup>21</sup> wurden insgesamt 4185 (männliche) Patienten (Zivilisten und Lazarettpatienten) in die Universitätsnervenklinik aufgenommen. Bei 526 Patienten (12,6 Prozent) wurde dabei im Aufnahmebuch keine Diagnose vergeben. Da die Suche nach diesen Akten zur Diagnosefeststellung den Rahmen der Untersuchung gesprengt hätte, bildeten also die gut 87 Prozent der Patientenaufnahmen mit Diagnose die Basis der hier vorliegenden Auswertung. Es ergab sich natürlich die

---

<sup>18</sup> Aufgrund unvollständiger Datensätze der Aufnahmebücher waren Angaben zu Patientinnen nicht möglich. S. dazu auch Remschmidt S. 605.

<sup>19</sup> Diese verzeichneten in der Regel einige administrative und persönliche Daten der Patienten sowie deren Diagnose. Näheres s. u.

<sup>20</sup> Eine erste quantitative Auswertung dieser Daten zwischen 1940 und 1945 hinsichtlich Alter, Armeezugehörigkeit und wichtiger psychiatrischer Diagnosen findet sich bei Remschmidt S. 606ff.

<sup>21</sup> Gimbel S. 655. Die nachfolgenden Jahresangaben in den Tabellen beziehen sich, auch wenn dies nicht ausdrücklich angegeben ist, immer auf diesen Zeitraum.

Frage, ob bei den ca. 13 Prozent nicht verzeichneten Diagnoseangaben einseitig bestimmte Diagnosen fehlten. Die Verteilung dieser Patienten über die Jahre ließ jedoch eher eine andere Schlussfolgerung zu:

**Tabelle 1: Anteil der aufgenommenen Patienten ohne Diagnoseangabe an allen Aufnahmen (Männer)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Aufgenommene Patienten (Männer)	216 (ab 1.9.)	769	763	749	771	715	202 (bis 28.3.)	4185
Patienten ohne Diagnoseangabe	18 (8%)	31 (4%)	85 (11%)	119 (16%)	98 (13%)	112 (16%)	63 (31%)	526 (13%)

Es fiel auf, dass die Zahl der aufgenommenen Patienten ohne Diagnoseangabe zum Ende des Krieges zunahm. Möglicherweise standen eine verminderte personelle Besetzung sowie die Wirren des Kriegsendes, die unter anderem einen Umzug der Universitätspsychiatrie in die Landesheilanstalt nach Cappel mit sich brachten,<sup>22</sup> einer gewissenhafteren Weiterführung der Aufnahmebücher entgegen.

Im nächsten Schritt waren aus den vorhandenen Patientendaten mit Diagnoseangabe diejenigen Patienten mit der Diagnose einer „Schizophrenie“ zu ermitteln. Unter den Oberbegriff der Schizophrenie fallen jedoch eine ganze Reihe von Krankheitsbildern mit eigenen Bezeichnungen.<sup>23</sup> Als zur Schizophrenie gehörig wurden, neben dem eigentlichen Begriff „Schizophrenie“, folgende Diagnosen gezählt: Hebephrenie, Heboid, Katatonie, Katatoner Stupor, Dementia praecox, Paraphrenie, Psychose mit paranoid-halluzinatorischem Charakter sowie deren adjektivische Ergänzungen, wie zum Beispiel hebephrenes Zustandsbild.<sup>24</sup> Dabei fanden auch die Verdachtsdiagnosen Berücksichtigung. Auf diese Weise ergaben sich über die Datenbank der Aufnahmebücher 123 Patienten mit einer zur Schizophrenie zählenden Diagnose.

<sup>22</sup> Die Marburger Universitätsnervenklinik (inkl. Lazarett) zog schrittweise von Dezember 1944 bis März 1945 auf das Gelände der Landesheilanstalt. Vgl. auch Müller S. 70.

<sup>23</sup> Vgl. dazu auch den Literaturteil zur Schizophrenie (Gliederungspunkt B, hier insbesondere Kapitel 1).

<sup>24</sup> Es wurden alle Diagnosen, denen man eine F20-Nummer („Schizophrenie“) nach ICD-10 geben kann, aufgenommen. Zu den Problemen solcher Diagnose-Klassifikationen s. Remschmidt S. 605, Dörries 1999 S. 199 sowie Giel S. 399ff.

Die zahlenmäßige Aufschlüsselung der männlichen Patienten (mit Diagnoseangabe im Aufnahmebuch) nach dem Aufnahmejahr sowie dem darin enthaltenen Anteil an Schizophreniepatienten ist der folgenden Tabelle zu entnehmen:

**Tabelle 2: Patienten mit Diagnoseangabe, aufgeschlüsselt nach Jahr sowie jeweiligem Anteil der Schizophreniediagnosen**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Patientenzahl gesamt (Männer mit Diagnose)	198 (ab 1.9.)	738	678	630	673	603	139 (bis 28.3.)	3659
Davon schizophrene Patienten	6 (3,0)	23 (3,1%)	34 (5,0%)	17 (2,7%)	17 (2,5%)	22 (3,6%)	4 (2,9%)	123 (3,4%)

Vergleicht man diese Zahlen mit denen der Untersuchung der Wittenauer Heilstätten, so fiel in Marburg, mit durchschnittlich 3,4 Prozent, ein relativ niedriger Anteil schizophrener Patienten auf – in der Wittenauer Untersuchung zeigten sich immerhin 15,5 Prozent der Diagnosen dem schizophrenen Formenkreis zugehörig.<sup>25</sup>

Bezogen auf die Marburger Verhältnisse passten die obigen Zahlen jedoch gut in den Kontext. So kam eine Dissertation aus dem Jahr 1940, die sich mit Aufnahmen und Diagnosen aus dem Vorkriegsjahr beschäftigt, auf vergleichbare Zahlen: Die Gesamtaufnahmezahl männlicher Patienten lag im Untersuchungsjahr 1938/39 bei 611, davon wurden wiederum 34 Patienten dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet (das entspricht 5,6 Prozent).<sup>26</sup>

Berücksichtigt man zusätzlich – wie bei Remschmidt gezeigt –, dass die psychiatrischen Diagnosen während des Krieges zu Gunsten neurologischer Diagnosen abnahmen, so erscheinen die oben genannten Zahlen plausibel.<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Dörries 1999a S. 341. Die dortige Klassifikation nach dem Würzburger Schlüssel dürfte in diesem Punkt mit obigen Zahlen vergleichbar sein.

<sup>26</sup> Eitner S. 12f. In genannter Dissertation wurden alle Aufnahmen (inklusive Mehrfachaufnahmen) der Nervenlinik Marburg vom 1.4.1938 bis 31.3.1939 in einer Diagnosen-Statistik systematisiert: Es erfolgte zunächst eine Einteilung in zwei große Gruppen, nämlich der psychiatrischen und der neurologischen Krankheitsfälle, die wiederum jeweils in drei Hauptgruppen untergliedert wurden. Für die psychiatrischen Erkrankungen lauteten diese: I. psychopathische Anlagen, Reaktionen, Einstellungen und Entwicklungen, II. endogene Psychosen, III. organisch psychotische Krankheitszustände. Die endogenen Psychosen, denen insgesamt 78 Männer zugeordnet wurden, sind dabei in einen „circulären“ und einen schizophrenen Formenkreis unterteilt. Der schizophrene Formenkreis wird dabei zusätzlich noch in drei Kategorien untergliedert: a) Eigentlich schizophrener Prozeß, b) schizophrener Defektzustand, c) schizophreneartige Psychosen. Paranoide Entwicklungen und sensitiver Beziehungswahn wurden unter I. kategorisiert. (S. 8-12.)

<sup>27</sup> Remschmidt S. 608. Die geringfügigen Abweichungen zu den Zahlen bei Remschmidt ließen sich durch den hier enger gefassten diagnostischen Rahmen erklären: Es wurden nur im engeren Sinne schizophrene Diagnosen aufgenommen. Schizotypen oder wahnhaftige Störungen wurden nicht berücksichtigt. Vgl. dazu auch Remschmidt S. 610.

Wie aber ließen sich nun die Abweichungen der Marburger Verhältnisse von denen in Wittenau erklären? Auch hier ist noch einmal auf die erwähnte Dissertation aus dem Jahr 1940 zurückzukommen. Diese stellte – mit Blick auf die neurologischen Erkrankungen, die ca. ein Drittel der Patienten ausmachten – fest, „daß die Marburger Klinik durchaus als eine offene Nervenlinik anzusprechen ist. Denn auch in der Gruppe A (Psychische Erkrankungen) bilden die internierungsbedürftigen Geisteskrankheiten die Minderzahl, sodaß insgesamt etwa 2/3 der Fälle als „Nervenranke“ im populären Sinn und höchstens 1/3 als „Geistesranke“ anzusprechen sind.“<sup>28</sup>

Die starken Abweichungen der Marburger Verhältnisse von denen der Wittenauer Heilstätten lassen sich also vermutlich am ehesten durch das etwas differierende Patientenlientel einer Universitätsnervenlinik erklären.

## 2.1.2 Die Patientenakten der Universitätsnervenlinik

Nachdem das theoretisch noch vorhandene Patientenlientel definiert war, ging es im nächsten Schritt um die praktische Erfassung der Universitätskliniksakten: Um diesen Prozess zu veranschaulichen, seien im Folgenden zunächst der Gesamtaktenbestand an Schizophrenie-Patienten und die damit einher gehenden statistischen Besonderheiten dargestellt. Danach soll konkret beschrieben werden, welche Informationen sich den Akten entnehmen ließen.

### 2.1.2.1 Der Gesamtaktenbestand

Den 123 ermittelten Patienten ließen sich im Archiv der Nervenlinik nur noch 82 Patientenakten (67 Prozent) zuordnen. Bei vier Patienten<sup>29</sup> (etwa drei Prozent) waren im Aufnahmebuch die Geburtsdaten nicht notiert, so dass die Akten von vornherein im Archiv nicht lokalisierbar waren. 37 Patientenakten (30 Prozent) fehlten.

---

<sup>28</sup> Eitner S. 15.

<sup>29</sup> Patientenakten 40587; 41591; 41616; 44169.

**Tabelle 3: Überblick über die Gesamtzahl der gefundenen und fehlenden Patientenakten nach Aufnahmejahr**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Schizophrene Patienten gesamt	6	23	34	17	17	22	4	123
Gefundene Akten	5 (83%)	12 (52%)	22 (65%)	11 (65%)	13 (76%)	16 (73%)	3 (75%)	82 (67%)
Fehlende Akten	1 (17%)	11 (48%)	12 (35%)	6 (35%)	4 (24%)	6 (27%)	1 (25%)	41 (33%)

Auffällig war eine prozentuale Häufung fehlender Patientenakten im Jahr 1940. Absolut am meisten Akten fehlten 1941. Zusammen machten die fehlenden Akten der Jahre 1940 und 1941 mehr als die Hälfte aller fehlenden Akten aus.

Dieser Aktenschwund von insgesamt gut 30 Prozent überraschte. Um die Daten besser in den Kontext einordnen zu können, wird im Ergebnisteil anhand der Stammdaten der Aufnahmebücher ein Profil dieser Akten erstellt.<sup>30</sup>

#### 2.1.2.2 Statistische Besonderheiten der ermittelten Patientenakten

82 Einträgen des Aufnahmebuchs ließen sich noch Akten zuordnen. Dabei ergaben sich jedoch zwei Besonderheiten:

Drei Aufnahmen ließen sich als Wiederaufnahmen nach Beurlaubungen (beispielsweise über Weihnachten) oder als (unvorhergesehene) Aufenthaltsverlängerungen erkennen. Medizinisch wurde also nur ein Vorgang beschrieben, auch wenn verwaltungstechnisch zwei Aufenthalte verzeichnet waren. Dem medizinischen Aspekt folgend, wurden die Aufenthalte zusammengezogen, so dass letztendlich 82 Einträgen im Aufnahmebuch 79 Krankenhausaufenthalte gegenüber standen.<sup>31</sup>

Aus der daraufhin erfolgten Doppelsuche nach Geburtsdatum und Familienname innerhalb der fehlenden Patientenakten ergaben sich keine Hinweise auf mögliche weitere Wiederaufnahmen. Bei den nachfolgenden Auswertungen, die auf die Gesamtzahl der schizophrenen Patienten angewiesen waren, wurden daher auch die oben angegebenen Wiederaufnahmen abgezogen, so dass sich eine Gesamtzahl von 120 Patienten ergab.

Wiederum drei der 79 ausgewerteten Akten waren Mehrfachaufnahmen von Patienten nach einem längeren Zeitraum. Es waren also lediglich die Akten von 76 Personen er-

<sup>30</sup> S. dazu Kapitel C.I.

<sup>31</sup> Patientenakten 39462; 42432; 45037.

halten. Da diese Mehrfachaufnahmen jedoch eigenständige stationäre Aufnahmen darstellten, wurden diese auch als solche behandelt und in der Statistik mitgezählt.<sup>32</sup>

So ergab sich letztendlich eine Gesamtzahl von 79 ausgewerteten Patientenakten:

**Tabelle 4: Überblick über die Gesamtzahl der gefundenen Patientenakten mit einer separaten Darstellung der Wiederaufnahmen und Mehrfachaufnahmen. Die Zahl der ausgewerteten Patientenakten entsprach der Gesamtzahl der gefundenen Akten ohne die Wiederaufnahmen (Erklärung siehe Text).**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Gefundene Patientenakten	5	12	22	11	13	16	3	82
Wiederaufnahmen	1	0	0	1	0	0	1	3
Mehrfachaufnahmen	0	0	1	1	0	1	0	3
Ausgewertete Patientenakten	4	12	22	10	13	16	2	79

### 2.1.2.3 Aktenaufbau

Die im Archiv gefundenen Akten waren in der Regel gut erhalten, wenn auch von unterschiedlicher Vollständigkeit und Ausführlichkeit in der Dokumentation. Prinzipiell fand sich folgender Aufbau: Zwischen einem Aktendeckel, auf dessen Innenseiten vorn ein Foto des Patienten und hinten ein (benutzter) Briefumschlag mit Laborbefunden befestigt war, befand sich eine chaotisch lose Sammlung unterschiedlichster Dokumente (eine Heftung der Akten wurde anscheinend erst später eingeführt), die sich grob in drei Kategorien einteilen ließen:

Für die nachfolgenden Auswertungen am wichtigsten war zunächst die *medizinische/ärztliche Dokumentation* auf dem Verlaufsbogen, der je nachdem, ob es sich um einen Lazarettpatienten oder einen Zivilisten handelte, ein unterschiedliches Deckblatt aufwies.<sup>33</sup> Die Akteneinträge – handschriftlich oder mit Schreibmaschine – gaben die Anamnese, die wichtigsten Erkenntnisse der körperlichen Untersuchung, die Labor-

<sup>32</sup> Da es sich in der vorliegenden Arbeit um eine deskriptive – und nicht um eine schließende – Statistik handelte, war dieses Vorgehen zulässig. Für eine schließende Statistik dürfte jeder Patient nur einmal gewertet werden. Da die statistischen Voraussetzungen für eine schließende Statistik hier nicht gegeben waren, war dies insofern auch nicht relevant. Um trotzdem eine Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten, wurden die Mehrfachaufnahmen gesondert berücksichtigt und gegebenenfalls näher gewürdigt. Mehrfachaufnahmen: 40737/42248, 41634/44196, 40380/41586.

<sup>33</sup> Auf den Deckblättern der Lazarettakten wurde manchmal ein H oder L aufgestempelt. Die Bedeutung der Buchstaben ließ sich letztendlich nicht eruieren. Die Ideen dazu (H = Heer, Heilanstalt, Heimat; L = Lazarett, Landesheilanstalt) ergaben kein schlüssiges Konzept.

befunde sowie Hinweise zur Therapie wieder. Anfangs fand die Verlaufsdokumentation fast jeden Tag statt, dann alle fünf bis acht Tage. Zum Schluss gab es noch eine kurze Epikrise. Weitere ärztliche Dokumente waren ein Untersuchungsbogen sowie ein körperliches Konstitutionsschema nach Kretschmer.<sup>34</sup>

Das Kurvenblatt mit den Einträgen von Puls, Temperatur, Medikamenten etc. stellte die *Dokumentation von pflegerischer Seite* dar. Besondere Therapieformen wurden gesondert notiert. So gab es beispielsweise bei Patienten, die einer Insulintherapie unterzogen wurden, ein gesondertes Protokollheft. Für solche eingreifenden Therapien ließ sich auch eine Einverständniserklärung der Angehörigen sowie ein konsiliarischer (Herz-, Lungen-) Befund der medizinischen Poliklinik finden.

In die dritte Kategorie fielen *administrative Schriftstücke sowie Briefwechsel und private Schriftstücke* des Patienten. Hierzu zählten beispielsweise die Meldung der Schizophrenie als Erbkrankheit im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses an den Amtsarzt, eine Kostenzusage der Betriebskrankenkasse, Arztbriefe oder bei Soldaten das „Wehrmachtärztliche Zeugnis über Dienstunfähigkeit, Wehrdienstbeschädigung, Fürsorge und Versorgung (D.U.-Zeugnis)“. Aber auch Briefe der Patienten, die vermutlich ohne deren Wissen nie abgeschickt wurden, gehören in diese Kategorie.

Dieser hier beschriebene Aktenaufbau stellte den Optimalfall dar. Je nach Zeitpunkt und Patient konnte er auch weniger umfangreich sein. Erschwerend kam hinzu, dass sich in einer Akte die Aufzeichnungen mehrerer Aufenthalte befinden konnten, so dass man zusätzlich sortieren musste, welches Schriftstück welchem Aufenthalt zuzuordnen war.

Grundsätzlich ergaben sich bei der Aktenauswertung zwei Probleme: Zum einen war das die Unvollständigkeit der Akten an sich: So fehlten beispielsweise in einigen Akten das Kurvenblatt oder Therapieprotokolle von aufwändigeren Therapien. Zum anderen

---

<sup>34</sup> Als Besonderheit fand sich in einigen Akten ein Extrablatt, auf dem in Schreibmaschinenschrift auf der rechten Blatthälfte nochmals Anamnese, Befund und Verlauf zusammengefasst wurden. Da die Verlaufsbeschreibung unvollständig war, ist davon auszugehen, dass das Schriftstück während der Behandlung verfasst wurde. Manchmal fand sich darin auch ein Therapieversuch. Datum, Unterschrift oder eine sonstige Kennzeichnung des Verfassers fehlten. Der Sinn dieses Schriftstücks wurde nicht ganz klar, da sich daraus keine neuen Informationen entnehmen ließen. Vielleicht wurde es von Studierenden oder Assistenzärzten zur Vorstellung der Krankengeschichte konzipiert.

war es die von vornherein unvollständige Dokumentation durch Ärzte und Pflegekräfte, vor allem im therapeutischen Bereich. Dies betraf in besonderem Maße die Arbeitstherapie; aber auch Medikamentengaben wurden hinsichtlich ihrer Verordnung, des Beginns und des Endes der Therapie sowie dem Therapieerfolg nur unvollständig notiert. Am besten wurden aufwändige Verfahren wie die Schocktherapien mit Insulin-, Cardiazol- oder Elektroschocks dokumentiert.<sup>35</sup>

Letztlich stellte der ärztliche Verlaufsbogen, der in fast allen Fällen vorhanden war, für die hier vorliegenden Auswertungen das wichtigste Dokument dar. Mit ihm ließen sich in der Regel die wichtigsten Fragen zu Anamnese und Therapie beantworten.

## 2.2 Quellen der Landesheilanstalt Marburg

Um das weitere Schicksal der in die Landesheilanstalt Marburg verlegten Patienten zu ergründen, war eine Recherche im Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel notwendig, dem jetzigen Träger der Klinik in Marburg-Cappel (heute: Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn, Standort Marburg).

Die in Frage kommenden Patienten fanden sich durch Verlegungshinweise in den bereits ausgewerteten Akten der Universitätspsychiatrie. Da die Verlegungen nicht aus den Aufnahmebüchern hervorgingen, konnten so letztendlich nur zwei Drittel der eigentlich in die Universitätsnervenklinik aufgenommenen schizophrenen Patienten berücksichtigt werden.<sup>36</sup>

Eine weitere Besonderheit ergab sich dadurch, dass auch die Landesheilanstalt zivilen und wehrmachtsärztlichen Zwecken zu dienen hatte.<sup>37</sup> So war eine Verlegung in das Reservelazarett III/IV (der Landesheilanstalt) sicherlich anders zu bewerten als eine Verlegung in die zivile Abteilung, in die „unheilbare“ oder schwer behandelbare Fälle eingewiesen wurden. Die Gefahr der Weiterverlegung und damit auch der „Euthanasie“ war dort vermutlich ungleich größer.

Eine Übersicht über die ermittelten Verlegungsdaten gibt nachfolgende Tabelle:

---

<sup>35</sup> Dies deckt sich mit den Ergebnissen für die Wittenauer Heilstätten. Vgl. dazu Dörries 1999b S. 214.

<sup>36</sup> S.o. A.2.1.2.1.

<sup>37</sup> Bis zum 1.9.1942 Teillazarett des Reservelazaretts III der Universitätsnervenklinik, wurde danach dort das Reservelazarett IV eingerichtet. Aumüller S. 594.

**Tabelle 5: Verlegungen in die Landesheilanstalt Marburg**

Verlegungsziel	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Lazarett	0	1	1	1	3	1	0	7
„Zivile Abt.“	0	1	2	0	3	0	0	6
Gesamt	0	2	3	1	6	1	0	13

In die „zivile“ Abteilung der Landesheilanstalt wurden fünf Zivilisten und ein Soldat verlegt, in das Lazarett fünf Wehrmichtsangehörige, ein Angehöriger einer Wehrhilfsorganisation sowie ein französischer Kriegsgefangener.

Aufgrund der Fragestellung interessieren im Rahmen dieser Arbeit vor allem die Verlegungen in die „zivile Abteilung“ der Landesheilanstalt. Von diesen fanden sich noch vier Akten aus den Jahren 1940, 1941 und 1943.

Von allen vier gefundenen Akten war jeweils nur noch die – teilweise unvollständige – Verwaltungsakte vorhanden.<sup>38</sup> Die ärztliche Krankenakte, also die Krankengeschichte des Patienten im engeren Sinne, fehlte. Auf die Verwertbarkeit dieser Informationen wird unten<sup>39</sup> näher eingegangen.

### 2.3 Quellenkritik

Zur Kritik hinsichtlich der Auswertung psychiatrischer Akten im Allgemeinen und historischer Schizophrenieakten im Besonderen – Stichwort: Umstrittenheit des Schizophreniebegriffs – sowie der Bewertung der Aussagen in den Akten sei auf die Darstellungen bei Giel und Beddies zu den Wittenauer Heilstätten sowie auf die Darstellung bei Müller zur Marburger Universitätspsychiatrie verwiesen.<sup>40</sup> Als wichtigster Punkt sei hier jedoch noch einmal rekapituliert, dass Krankengeschichten selbst das Ergebnis eines Interpretationsprozesses darstellen. Dies ist ein quellenimmanentes Problem, das die Sicht auf die „historische Realität“ verstellen kann. Mit den Worten Giels geht es aber „im Rahmen einer Patientenbeschreibung erst einmal um die ‚Realität‘ in den Akten und erst auf einer zweiten, hier nur im Ausnahmefall zu be-

---

<sup>38</sup> Diese konnte beispielsweise das Überweisungsschreiben der Universitätsnervenklinik enthalten, ferner Aufnahme- und Entlassungsscheine der Patienten, Formulare und Schriftwechsel zur Klärung der Kostenübernahme, Auflistungen von Kleidungsstücken und Wertgegenständen, verschiedene Briefe sowie den „Meldebogen 1“.

<sup>39</sup> S.u. C.II.4.

<sup>40</sup> Giel S. 399ff, Beddies 2002 S. 6, Müller S. 75f.

schreitenden Ebene um die ‚Realität‘ hinter den Akten“.<sup>41</sup> Es ist deshalb wichtig, den zeitgenössischen Blickwinkel im Sinn zu behalten. Für die Verwertbarkeit der Daten sprach sowohl in den oben genannten Publikationen wie auch in dieser Untersuchung die logische Geschlossenheit der untersuchten Patientengeschichten.

### **3. Untersuchungsmethode**

Es erfolgte eine quantitative und qualitative Auswertung des Datenmaterials.<sup>42</sup>

#### **3.1 Quantitative Analyse**

Die bereits vorhandene Datenbank der Aufnahmebücher wurde hinsichtlich der Stammdaten der aufgenommenen Schizophreniepatienten quantitativ ausgewertet: Diese umfassten den Status (Zivilist oder Lazarettpatient), das Alter, den Familienstand, den Beruf bzw. Dienstgrad bei Soldaten sowie die Diagnose.

Zur Auswertung der Akten der Universitätsnervenklinik wurde eine elektronische Datenbank neu angelegt, die folgende Kategorien umfasste: Soziale und administrative Daten, Befunde, Therapie, Maßnahmen im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses sowie Begutachtungen.

Damit konnten neben einem groben sozialen Profil der Patienten Aussagen zu den Rahmenbedingungen des Klinikaufenthalts sowie über die Häufigkeit von Diagnostik, Therapien, Meldungen an den Amtsarzt etc. gemacht werden.<sup>43</sup>

#### **3.2 Qualitative Analyse**

Um den Besonderheiten des untersuchten Zeitraums gerecht zu werden, wurde für jede Akte ein zusätzliches Dokument angelegt. Dieses umfasste die Informationen der Akte, die sich durch die Datenbank nicht abbilden ließen. Dazu gehörten beispielsweise Äußerungen der Patienten zur Therapie. Auf diese Weise war es möglich, auf typische Beispiele und Sonderfälle einzugehen.

---

<sup>41</sup> Giel S. 403.

<sup>42</sup> Vgl. dazu auch den ausführlichen Artikel von Dörries 1999b, dabei insbesondere S. 210ff., sowie Beddies 2002.

<sup>43</sup> Aufgrund der teilweise lückenhaften Aktenführung ließen sich nicht alle Daten erheben, siehe oben.



## **B Historischer Überblick: Die Schizophrenie in den 1930er und 1940er Jahren**

Im Folgenden sollen der Schizophreniebegriff, die vermuteten Ursachen sowie die möglichen Therapien vor allem anhand zeitgenössischer Autoren dargestellt werden. Als Bezugspunkt dienen dabei vorwiegend Arbeiten von Kraepelin, E. Bleuler, C. Schneider, K. Schneider, Kolle, Gruhle, Lange, Bumke und Kretschmer.<sup>44</sup> Auf letzterem soll – als damaligen Ordinarius für Psychiatrie in Marburg – ein besonderes Augenmerk liegen.

### **1. Die Entwicklung des Schizophreniebegriffs: Definition, Einteilung und Verlauf**

#### 1.1 Emil Kraepelin und die dichotome Einteilung der Psychosen

Unter dem Begriff der „Verblödungsprozesse“ fasste Emil Kraepelin 1896 in der fünften Auflage seines Lehrbuches erstmals die Erkrankungen zusammen, die später das Grundgerüst der von ihm neu definierten Dementia praecox bilden sollten.<sup>45</sup> Er griff dabei auf Vorarbeiten anderer Psychiater zurück, deren Erkenntnisse er neu gruppierte, indem er eine Zweiteilung der Psychosen in manisch-depressives „Irresein“ und Dementia praecox vornahm. Kraepelin versuchte, als Hauptvertreter einer neuen klinischen Schule, die Krankheitsbilder nicht über Symptome zu klassifizieren, sondern über ihren Gesamtverlauf und ihre Prognose.<sup>46</sup> Dementsprechend beschrieb er die Dementia praecox – im Gegensatz zu den manisch-depressiven Erkrankungen mit eher guter Prognose – als eine Erkrankung mit schlechtem Verlauf, die in jungem Alter beginne und quasi unaufhaltsam bis zur „Verblödung“ fortschreite.<sup>47</sup> Auf dieser Grundlage vereinigte er in einer Krankheitseinheit eine heterogene Gruppe von Zustandsbildern, die in unterschiedlicher Ausprägung unter anderem Symptome wie Aufmerksamkeitsstörungen, Sinnestäuschungen, Wahnbildungen, Erregungszustände, Stereo-

---

<sup>44</sup> Unter den genannten Psychiatern sticht hinsichtlich seiner Rolle während der NS-Zeit vor allem Carl Schneider (1891-1946), seit 1933 Ordinarius für Psychiatrie in Heidelberg, negativ hervor: Er betätigte sich in seiner Funktion als „T4-Gutachter“ sowie als Leiter der „Euthanasie“-Forschung an Kindern aktiv an der Ermordung von Patienten. (Klee 2003 S. 551f.)

Weitere biographische Daten für die Psychiater Bumke, Lange, Kolle, Kraepelin, Kretschmer und K. Schneider mit ihren Funktionen während der NS-Zeit (und des Zweiten Weltkrieges im Besonderen) finden sich bei Klee 2003. Zu Gruhle sei auf Kolle 1963 sowie zu E. Bleuler auf Klaesi verwiesen.

<sup>45</sup> Kraepelin 1896 S. 425-471. Er handelte die „Verblödungsprozesse“, die er in Dementia praecox, Kato-tonie und Dementia paranoides einteilte, als erworbene „Geistesstörungen“ unter den Stoffwech-sel-erkrankungen ab. Die klassische Formulierung mit der Dementia praecox als Oberbegriff fand 1899 statt. (Vgl. E. Bleuler 1911 S. 2ff., Diepgen S. 216.)

<sup>46</sup> Ackerknecht S. 75.

<sup>47</sup> Kraepelin 1896 S. 425.

typien, Zerfahrenheit, Mangel an Gedankenzusammenhang und inadäquate Affekte aufwiesen und die allesamt in der Demenz enden sollten. Je nach Vorhandensein oder Überwiegen einzelner Komponenten nahm Kraepelin später eine Dreiteilung in eine hebephrene, eine katatone und eine paranoide Form vor, letztere mit einem Schwerpunkt auf Halluzinationen und Wahnideen. Bei der Hebephrenie als „läppischer Verblödung“ standen eher die affektiven Störungen im Vordergrund, während bei der Katatonie das Auftreten „motorischer Krampf- und Hemmungserscheinungen“<sup>48</sup> kennzeichnend war, also katatone Symptome wie z. B. Katalepsie oder Mutismus. 1913 definierte er in der achten Auflage seines Lehrbuches als gemeinsames Kennzeichen all dieser Unterformen „eine eigenartige Zerstörung des inneren Zusammenhangs der psychischen Persönlichkeit mit vorwiegender Schädigung des Gemütslebens und des Willens“<sup>49</sup>. Kraepelin beließ es bei der Aufzählung der Symptome. Er nahm keine theoretische Einteilung der Krankheitszeichen vor und gewichtete sie auch nicht hinsichtlich der Diagnosestellung. Er wies lediglich darauf hin, dass es zwei Hauptgruppen von Störungen gebe.<sup>50</sup>

## 1.2 Kritik und Weiterentwicklung

### 1.2.1 Eugen Bleuler und die Gruppe der Schizophrenien

Begriff und Definition der *Dementia praecox* stießen in der Fachwelt auf Widerstand, denn Kraepelin selbst hatte schon festgestellt, dass nicht jeder Verlauf dieser Erkrankung im geistigen Verfall mündete und dass sogar Besserungen möglich schienen – ganz abgesehen von der Tatsache, dass die Krankheit auch erst in fortgeschrittenerem Alter ausbrechen konnte.<sup>51</sup> 1908<sup>52</sup> führte der Schweizer Psychiater Eugen Bleuler den Ausdruck „Schizophrenie“ – Geistesspaltung – ein. In seinem drei Jahre später erschie-

---

<sup>48</sup> Kraepelin 1896 S. 441.

<sup>49</sup> Kraepelin 1913 S. 668.

<sup>50</sup> Vgl. dazu Scharfetter S. 24f. Dazu noch der folgende kritische Kommentar von C. Schneider 1942: „Kraepelin hat selbst eigentlich niemals eine klare Theorie der schizophrenen Symptombilder entwickelt. Er begnügt sich noch in den letzten Auflagen seines Lehrbuchs mit dem fast unverbindlich klingenden Hinweis, daß der Hauptnachdruck auf den Störungen des Gemüts- und Willenslebens liege. Die Symptome werden in formaler Klassifizierung nach den beschreibenden Erlebnisklassen des Gesunden in fast überreicher Kleinmalerei geordnet aufgezählt, aber weder eine psychologische Ableitung noch eine biologische Gruppierung wird versucht. Die Fülle der Einzelbeispiele soll offenbar dazu helfen, daß im Gewirr der Einzelsymptome einmal gleichsam von selbst durch unablässige Vergleichung, bestimmte biologische Gesetze kenntlich werden.“ C. Schneider 1942 S. 20f.

<sup>51</sup> Gottesman S. 8ff.

<sup>52</sup> In der Literatur wird häufig das Jahr 1911 genannt. Tatsächlich erscheint der Begriff aber bereits 1908. (E. Bleuler 1908.)

nenen Band des „Handbuches der Psychiatrie“ mit dem Titel „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“ erweiterte er das Konzept Kraepelins, modifizierte und ordnete es. In den Worten Hans W. Gruhles von 1932: „Kraepelin war zweifellos jene Zusammenschweißung, die auch die meisten heutigen Forscher noch als einen Fortschritt betrachten, zuerst gelungen. Aber erst das Bleulersche Buch gab über den freilich großen Kreis der Kraepelinschen Schüler hinaus jenen Gedanken die Wirkung ins Weite. Erst von 1911 ab setzte sich die Anerkennung der Dementia praecox-Schizophrenie allgemein durch.“<sup>53</sup> Vor diesem Hintergrund lohnt es, etwas genauer auf die Ausführungen Eugen Bleulers einzugehen.

Bleuler definierte die Erkrankung als „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.“<sup>54</sup> Bleuler erkannte – ähnlich wie Kraepelin – in einer mehr oder weniger deutlichen Spaltung der psychischen Funktionen ein Hauptmerkmal der Erkrankung, ging aber – im Gegensatz zur kraepelinschen Krankheitseinheit<sup>55</sup> – von verschiedenen Krankheiten aus.

Durch den Versuch, eine gewisse Ordnung in die Vielfalt der Symptome zu bringen, entfernte Bleuler sich noch einen Schritt weiter von Kraepelin. Er gliederte die Krankheitszeichen zum einen nach ihrer diagnostischen Wertigkeit in Grundsymptome und akzessorische Symptome, zum anderen nach ihrer theoretischen Grundlage in primäre und sekundäre.

Als Grundsymptome und damit als Charakteristika der Erkrankung definierte er Störungen der Assoziationen – gekennzeichnet durch fehlenden Zusammenhang –, ferner Störungen der Affektivität bis hin zur „gemütlichen Verblödung“<sup>56</sup> und weiter die Ambivalenz, die sich in widersprüchlichen Gefühlen zeige. Auch „das Wechselverhältnis des Binnenlebens mit der Außenwelt“<sup>57</sup> werde geschädigt. Diesen Rückzug in die

---

<sup>53</sup> Gruhle S. 24.

<sup>54</sup> E. Bleuler 1911 S. 6.

<sup>55</sup> Kraepelin 1913 S. 669. Vgl. dazu den Kommentar von Hans W. Gruhle 1932 S. 24: „Es besteht also der methodologische eigenartige Sachverhalt, daß Kraepelin die Krankheitseinheit der Dementia praecox schuf, aber kein einzelnes einheitliches Kennzeichen zu nennen vermochte, und daß dann Bleuler dieses in der Assoziationslockerung zu finden glaubte, ohne sich aber zur Annahme einer Krankheitsspecies entschließen zu können.“

<sup>56</sup> E. Bleuler 1911 S. 31.

<sup>57</sup> E. Bleuler 1911 S. 51.

innere Welt bezeichnete er als Autismus. Weitere Funktionseinbußen zeigten sich bei Aufmerksamkeit, Wille, Handeln und Intelligenz (schizophrene Demenz). Nicht betroffen waren nach Bleuler dagegen Empfindung und Wahrnehmung (obwohl diese indirekt durch Halluzinationen beeinflusst werden könnten) sowie Orientierung, Gedächtnis, Bewusstsein und Motilität. Komplizierend traten zu den Grundsymptomen die akzessorischen Symptome hinzu. Diese wiesen zwar keine ausgesprochen schizophrene Spezifität auf, sie ließen allerdings oftmals erst auf eine Schizophrenie aufmerksam werden und konnten dauernd oder auch nur vorübergehend das Krankheitsbild bestimmen. Zu den akzessorischen Symptomen gehörten Sinnestäuschungen, Wahnideen, akzessorische Gedächtnisstörungen, Veränderungen der Person, Veränderungen in Sprache und Schrift, körperliche und katatone Symptome. Akute Syndrome, die sich vorübergehend über das eigentliche Krankheitsbild lagerten und meist mit einer eigenständigen Diagnose belegt wurden, zählte Bleuler ebenfalls zu den akzessorischen Symptomen. Sie manifestierten sich in Form von manischen und/oder depressiven Verstimmungen, Dämmerzuständen, Verwirrtheit, Stupor und in ähnlicher Weise. Die Gründe für das Auftreten dieser akuten Syndrome waren nach Bleuler vielgestaltig und reichten von neuen Krankheitsschüben über abnorme Reaktionen auf „gefühlbetonte Erlebnisse“<sup>58</sup> bis hin zu Nebenprodukten der eigentlichen Erkrankung. In einigen Fällen könnten aber auch komplizierend hinzutretende neue Erkrankungen nicht ausgeschlossen werden.

Mit der (zweiten) Unterscheidung zwischen primären und sekundären Symptomen versuchte Bleuler sich in einer theoretischen Erklärung der Krankheitszeichen. Die primären Symptome betrachtete er dabei als die sich direkt aus dem physischen Krankheitsgeschehen entwickelnden, während die sekundären Symptome als Reaktion der kranken Psyche auf innere und äußere Einflüsse zu verstehen seien, also als psychisch reaktiver Überbau der Psychose und somit als psychologisch erklärbar. Bleuler bezeichnete radikalweise fast alle bis dato beschriebenen Krankheitszeichen der Schizophrenie, auch die Demenz<sup>59</sup>, als sekundär, als „in gewissem Sinne zufällig“<sup>60</sup>. Das wesentlichste primäre Symptom erblickte er in einem Teil der Assoziationsstörungen.<sup>61</sup>

Wie Kraepelin strukturierte Bleuler die Erkrankung nach dem vorherrschenden Symptomenkomplex und fügte den drei bestehenden Unterformen noch die Schizophrenia

---

<sup>58</sup> E. Bleuler 1911 S. 170.

<sup>59</sup> S. dazu Krüger S. 10f.

<sup>60</sup> E. Bleuler 1911 S. 285.

<sup>61</sup> E. Bleuler 1911 S. 285ff.

simplex als vierte hinzu. Letzere weise nur die Grundsymptome der Erkrankung auf und werde meist erst spät erkannt. Er fasste diese Untergruppen als Hilfskonstrukte auf, da sie keine nosologischen Einheiten bildeten und ineinander übergehen könnten. Die eigentliche Schwierigkeit der Diagnosestellung liege jedoch eher in der Tatsache begründet, dass gerade leichtere Ausprägungen der Erkrankung oftmals nur Symptome zeigten, die noch innerhalb der normalen Schwankungsbreite zu finden seien, mit der Folge einer relativ hohen Zahl latenter Fälle. Eine weitere Schwierigkeit liege in der Unspezifität vieler Symptome, die einerseits bei anderen psychischen Erkrankungen auftreten könnten, andererseits aber auch bei vollkommen Gesunden. Weniger das Einzelsymptom als vielmehr der Kontext, in dem es erscheine, sei deswegen wichtig, und eine Abgrenzung zu anderen Erkrankungen, wie z.B. dem „manisch-depressiven Irresein“, lasse sich oft nur durch längere Beobachtung erreichen.

Der Verlauf all dieser Untergruppen sei recht unterschiedlich und im einzelnen nicht voraussehbar, einzig die Verlaufsrichtung hin zur schizophrenen Demenz sei vorgegeben. Nach Bleuler ließen sich allerdings zwei häufige Typen unterscheiden: der chronische Verlauf mit schleichendem Beginn und kontinuierlicher Entwicklung über Jahre hinweg (klassisches Beispiel: die Schizophrenia simplex) und der akute Schub mit plötzlichem Beginn, variabler Länge und eventuell sekundär zurückbleibenden Schäden wie Demenz, Wahnideen oder chronischen Halluzinationen. Echte Heilungen fänden sich so gut wie nicht, möglich seien allerdings „soziale Heilungen“, die eine Entlassung der Patienten in die Selbständigkeit erlaubten. Weniger als ein Prozent der Fälle führe direkt zum Tod.

Mit der Neueinführung des Begriffs „Schizophrenie“ verband Bleuler also eine sehr viel vorsichtigeren Aussage über Verlauf und Prognose der Erkrankung als Kraepelin. Die Krankheitssymptome entsprachen sich weitestgehend<sup>62</sup>, im Gegensatz zu Kraepelin nahm Bleuler jedoch eine Gewichtung der Symptome vor. Besonders revolutionär war seine Einteilung in primäre und sekundäre Krankheitszeichen. Beeinflusst durch Sigmund Freud integrierte er psychoanalytische Elemente in seine Beschreibung und Erklärung einer schizophrenen Pathologie.<sup>63</sup> Begriffe wie „Autismus“, „Affektivität“ und „Ambivalenz“ sind dafür beispielhaft.

---

<sup>62</sup> Vgl. dazu Scharfetter S. 26f.

<sup>63</sup> E. Bleuler 1911 S. VII.

Kraepelin und Bleuler übten nachhaltigen Einfluss auf die Psychiatrie aus: Hans W. Gruhle bezeichnete die beiden 1932 als „die Hauptautoren der Schizophrenieforschung, (die) bis heute in zwei getrennte Richtungen weiter(wirken).“<sup>64</sup> Dabei hätten die Differenzen weniger in der Auffassung der Erkrankung selbst gelegen als vielmehr in der Art ihres Forschens: Bleuler und seine Schüler hätten sich – in Anlehnung an Freud – vor allem für die Inhalte der Psychose und ihrer verständlichen Ableitung aus „erwiesenen oder erdeuteten Anlage- oder Schicksalsfaktoren“<sup>65</sup> interessiert. Die den kraepelinschen Anschauungen folgende Gruppe habe sich – Freud ablehnend – den „reinen Funktionen des Seelenlebens“<sup>66</sup> und weniger ihren Inhalten zugewandt. Diese rein funktionale Betrachtungsweise habe die Psychopathologie neu begründet und sei ein bis dahin noch nicht dagewesener Vorgang in der Psychiatrie gewesen.

### 1.2.2 Kurt Schneider und die Symptome ersten und zweiten Ranges

Kurz vor dem Ersten Weltkrieg erschien Karl Jaspers' Schrift zur „Allgemeinen Psychopathologie“<sup>67</sup>, mit der er zum ersten Mal eine klare Methodologie in die Psychiatrie einführte. Seine deskriptive Phänomenologie, mit dem Anspruch einer „Ordnung aufgrund methodologischer Besinnung“<sup>68</sup>, sowie die Unterscheidung zwischen „Erklären“ und „Verstehen“ in bezug auf seelische Zusammenhänge wurden wegweisend für die weitere Entwicklung der deutschen Psychopathologie.<sup>69</sup> Aufbauend auf dieser psychopathologischen Systematik Jaspers' und in Anlehnung an die Symptomaufzählung Kraepelins erarbeitete Kurt Schneider Ende der 30er Jahre seine berühmten Kriterien zur Diagnose der Schizophrenie. Dabei ging er vom aktuellen Zustandsbild des Patienten aus. Der anamnestisch erhobene Verlauf konnte bei unklaren Fällen ein zusätzliches diagnostisches Kriterium darstellen. Auch hier griff Schneider wieder auf Vorarbeiten Jaspers' zurück, der die Begriffe „Entwicklung“ und „Prozess“ gegeneinander abgegrenzt hatte im Sinne eines schizophrenen Prozesses, der neu auftritt und sich nicht aus der Persönlichkeit heraus entwickelt.<sup>70</sup>

---

<sup>64</sup> Gruhle S. 29.

<sup>65</sup> Gruhle S. 29.

<sup>66</sup> Gruhle S. 29.

<sup>67</sup> Karl Jaspers: Allgemeine Psychopathologie, Springer, Berlin 1913.

<sup>68</sup> Jaspers 1920 S. V.

<sup>69</sup> Blankenburg S. 357, Krüger S. 12.

<sup>70</sup> K. Schneider 1936 S. 177f.

Schneider unterteilte die Symptome nach ihrer Wertigkeit für die Diagnose in Symptome ersten und zweiten Ranges. Zu den Symptomen ersten Ranges zählte er Wahnwahrnehmung, Gedankenlautwerden, dialogische und kommentierende Stimmen, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankenentzug, Gedankenbeeinflussung sowie alles übrige von anderen Gemachte und Beeinflusste.<sup>71</sup> Zu den Symptomen zweiten Ranges mit geringerer Bedeutung für die Diagnosefindung gehörten alle übrigen Sinnestäuschungen, Wahneinfall, Ratlosigkeit, depressive, heitere Verstimmung und erlebte Gefühlsverarmung.<sup>72</sup> Ein klar vorliegendes Symptom aus der ersten Gruppe und der Ausschluss einer körperlich begründbaren Psychose ließen nach Schneider auf eine Schizophrenie schließen. Ein einzelnes Symptom zweiten Ranges begründete demgegenüber eine solche Folgerung nicht, der klinische Zusammenhang war dann ausschlaggebend. Mit dieser recht einfachen Einteilung wurde Kurt Schneider prägend für die Folgezeit, und auch heute noch finden sich Teile dieses Schemas in der ICD-10 wieder.<sup>73</sup>

### 1.2.3 Ernst Kretschmer und die Konstitutionslehre

Ernst Kretschmers wesentlicher Beitrag zur Fortentwicklung des Schizophreniebegriffs erschien 1921: In seinem Buch „Körperbau und Charakter“, ordnete er den beiden großen von Kraepelin aufgestellten psychiatrischen Formenkreisen bestimmte Körperbautypen zu, die er aufgrund empirischer Untersuchungen anhand eines Konstitutionschemas definierte. Er unterschied drei Haupttypen, nämlich den Astheniker, den Athletiker und den Pykniker sowie verschiedene kleine Gruppen, die er unter dem Begriff der dysplastischen Spezialtypen zusammenfasste. Der Astheniker zeichnete sich nach Kretschmer durch einen schlanken, schmalen Körperbau mit flachem Brustkorb und schmalen Schultern aus, während der Athletiker eine stark entwickelte Muskulatur und einen groben Knochenbau mit breiten Schultern und breitem Brustkorb aufweise. Der Pykniker zeige einen gedrungenen Körperbau mit tief gewölbtem Brustkorb und Fettansatz. Unter den dysplastischen Spezialtypen fasste Kretschmer alle starken Abweichungen von der Norm zusammen, wie z.B. Hochwuchs, Kleinwuchs oder übermäßigen Fettansatz. Diese Merkmale hätten zwar per se nichts Krankhaftes an sich, sondern fänden sich auch als „normalbiologische Anlagen“<sup>74</sup> beim Gesunden wieder. Die Beson-

---

<sup>71</sup> K. Schneider 1942 S. 26.

<sup>72</sup> K. Schneider 1942 S. 27.

<sup>73</sup> Dilling 1991 S. 96f.

<sup>74</sup> Kretschmer 1921 S. 12.

derheit liege aber in der Verteilung der einzelnen Typen auf bestimmte Krankheitsbilder. Bei den manisch-depressiven Erkrankungen fand Kretschmer vorwiegend pyknische Elemente und kaum welche aus den anderen Gruppen, während die Schizophrenien ein überwiegendes Auftreten asthenischer, athletischer und dysplastischer Typen und keine pyknischen aufwiesen. Ausgehend von den psychiatrischen Krankheitsbildern und ihrer charakteristischen Typenverteilung fand Kretschmer bei gesunden Menschen mit ähnlichen Körpermerkmalen „enge psychologische und vererbungsbiologische Zusammenhänge“<sup>75</sup> mit den psychiatrischen Typen. So gelangte er schließlich zu einem fließenden Übergang zwischen gesund und krank, von schizothym über schizoid zu schizophren.<sup>76</sup>

#### 1.2.4 Weitere Entwicklung

Psychopathologie, Konstitutionslehre, aber auch die Erbbiologie Rüdins<sup>77</sup> und weitere Strömungen trugen zu einer entscheidenden Weiterentwicklung des Schizophreniebegriffes bei. Doch die Entwicklung lief in unterschiedliche Richtungen und unter ganz verschiedenen Gesichtspunkten. Keine Strömung vermochte sich allein durchzusetzen. Und da nicht klar war, welcher Stellenwert den einzelnen unter ihnen zukommen sollte, gelang auch keine widerspruchsfreie Integration aller Lehrmeinungen in ein geschlossenes Theoriegebäude. Johannes Lange sprach Anfang der 40er Jahre in diesem Zusammenhang von „einem Chaos der Forschungsrichtungen, Forschungswege und Forschungsergebnisse“<sup>78</sup>. Man habe es nicht geschafft, eine „allgemeine Forschungshypothese (aufzustellen), welche das Abbild der inneren Einsicht in die Art der Lebensvorgänge darstellt und dadurch das gegenseitige Verhältnis der Einzelwege regelt und die gegenseitige Verifizierung der einzelnen Folgerungen aus den Nachbargebieten heraus ermöglicht.“<sup>79</sup>

Diese Entwicklung spiegelte sich auch in den Lehrbüchern Ende der 30er und 40er Jahre wider.<sup>80</sup> Während man sich darin zwar auf die Symptome, die zur Schizophrenie gehörten, einigen konnte, variierten Gewichtung und Deutung derselben genauso wie

---

<sup>75</sup> Kretschmer 1921 S. 2.

<sup>76</sup> Kretschmer 1921 S. 91, 152.

<sup>77</sup> Zu ihm siehe noch unten (B.2.).

<sup>78</sup> Lange 1942 S. 8.

<sup>79</sup> Lange 1942 S. 8.

<sup>80</sup> Lange 1936, E. Bleuler 1937, Bumke 1942, Kollé 1943.

die Frage, welchen Wert man beispielsweise Kretschmers Konstitutionslehre in bezug auf Diagnostik und Prognose zuzuschreiben habe.

Ähnlich umstritten war der Wahn.<sup>81</sup> Sollte man die Paranoia als eigenständiges Krankheitsbild auffassen oder eher zur Schizophrenie rechnen? Kurt Kollé führte in diesem Zusammenhang den Begriff der Paraphrenie, als milder verlaufende Schizophrenie, ein. Andere waren mit diesem Begriff nicht einverstanden, so etwa Eugen Bleuler, der glaubte, „die Eigenartigkeit der schizogenen Paranoia und die derzeitige Unmöglichkeit, aus dem Krankheitsbild derselben wahrscheinlich existierende nicht schizogene Formen auszuschließen, zwingt uns, die Paranoia trotz Kollés Entdeckung noch außerhalb der Schizophrenie im engeren Sinne zu beschreiben.“<sup>82</sup> In diesem Sinne handelte Bleuler in der sechsten Auflage seines Lehrbuches 1937 die Paranoia, wie auch den sensitiven Beziehungswahn Kretschmers,<sup>83</sup> unter dem Oberbegriff der „Krankhaften Reaktionen“ ab. Doch gerade den sensitiven Beziehungswahn mit viel mehr schizophren anmutenden Komponenten als die Paranoia müsse man seiner Meinung nach eher zur Gruppe der Schizophrenien rechnen.<sup>84</sup> Aus didaktischen Gründen verzichtete er aber darauf.

Oswald Bumke schließlich akzeptierte beide Begriffe, nämlich die Paranoia als psychisch-reaktive Entwicklung aus der Persönlichkeit heraus und die Paraphrenie als schizophrenen Prozess.<sup>85</sup> Doch umstritten blieb der Wahn auch weiterhin.

---

<sup>81</sup> Der Paranoiabegriff wurde von Kraepelin in Abgrenzung zur Schizophrenie beschrieben als „die aus inneren Ursachen erfolgende schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems, das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht.“ Zitiert nach E. Bleuler 1916 S. 400.

<sup>82</sup> E. Bleuler 1937 S. 355.

<sup>83</sup> Dazu sogleich näher.

<sup>84</sup> Diese Ansicht vertrat beispielsweise auch Hans W. Gruhle. (Gruhle S. 30.)

<sup>85</sup> Bumke S. 215.

## **Exkurs: Der sensitive Beziehungswahn nach Ernst Kretschmer<sup>86</sup>**

Ernst Kretschmer begann 1913 unter Robert Gaupp<sup>87</sup> in der Nervenlinik Tübingen seine Analyse der „Wahnbildungen der feinnervigen Sensitiven“<sup>88</sup>, die 1918 in die Habilitationsschrift über den sensitiven Beziehungswahn mündete. In der 1927 erschienen zweiten Auflage mit dem Titel „Der sensitive Beziehungswahn: Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre“<sup>89</sup> beschrieb Kretschmer die Erkrankung nach Ätiologie, Symptomatik und Verlauf wie folgt: Auf der Grundlage einer angeborenen „psychopathischen“ Persönlichkeit mit Neigung zur Erschöpfbarkeit entstehe die Erkrankung psychologisch-reaktiv aus dem Zusammentreffen der Trias Charakter, Erlebnis und Milieu. Im Vordergrund stehe dabei die sensitive Charakteranlage, die sich auszeichne durch mangelnde Entladungsfähigkeit, Empfindsamkeit („außerordentliche Gemütsweichheit“), skrupulöse Ethik, Schwäche und Verwundbarkeit sowie Neigung zu depressiven Reaktionen, aber auch Ehrgeiz und Eigensinn.<sup>90</sup> Die Wechselwirkung zwischen Charakter und dem Erlebnis einer persönlichen Niederlage, das schon durch Kleinigkeiten hervorgerufen werden könne, führe dann, eventuell unterstützt von einer gewissen „Erschöpfung durch Arbeit und Affekt“<sup>91</sup>, über einen Affektstau vom Primärerlebnis zum Beziehungswahn. Kretschmer bezeichnete dies als den „Mechanismus der Verhaltung mit folgender Inversion“ und den Beziehungswahn selbst als „ein anschauliches äußeres Abbild innerer Selbstverachtung“.<sup>92</sup> Im Mittelpunkt der krankheitsauslösenden Erlebnisse stünden oft sexuelle und berufliche Probleme. Das soziale Milieu könne in einem positiven Rückkopplungsmechanismus die beiden erstgenannten Komponenten verstärken und so die Krankheitsentstehung begünstigen. Die Symptome des Beziehungswahns, also das krankhafte Beziehen beliebiger Ereignisse auf die eigene Person, seien stark geprägt von Charakter (verstärktes Auftreten der sensitiven Charakterzüge), Erlebnisverarbeitung (Ausrichtung der Gedanken auf das pathogene Erlebnis) und Erschöpfung („neurasthenische Erschöpfungs-

---

<sup>86</sup> Eine Untersuchung zum Thema „Ernst Kretschmer und das Wahnproblem“ findet sich bei Priwitzer.

<sup>87</sup> Robert Gaupp (1870-1953, Professor in Tübingen von 1906-1936) begutachtete zu jener Zeit in der Tübinger Klinik gerade den Fall des Hauptlehrers Wagner, der aufgrund eines chronischen systematischen, nicht schizophrener, sondern sich aus der Persönlichkeit entwickelnden Wahnes zum Massenmörder geworden war. Mit der Beschreibung dieses Falles legte Gaupp den Grundstein für die heute gültige Paranoiadefinition, die schwer vom sensitiven Beziehungswahn Kretschmers abzugrenzen ist. Vgl. dazu Kretschmer 1963 S. 86 und Dilling 2001 S. 130.

<sup>88</sup> Kretschmer 1963 S. 86.

<sup>89</sup> Kretschmer 1927.

<sup>90</sup> Kretschmer 1927 S. 148.

<sup>91</sup> Kretschmer 1927 S. 148.

<sup>92</sup> Kretschmer 1927 S. 149.

symptome<sup>93</sup>). Die Abgrenzung zu schizophrenen Erkrankungen sei durch „die Kriterien der genetischen Einfühlbarkeit, der durchgängigen Erlebniszentrierung und der psychologischen Reaktivität des Verlaufs“<sup>94</sup> klar gegeben. Einzig der „akute sensitive Wahnsinn“ mit katatonieähnlichen Symptomen könne dabei Schwierigkeiten bereiten.

Kretschmer beschrieb den Verlauf der Erkrankung als relativ gutartig mit Heilung der leichteren Formen und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit bei mittelschweren und schweren Formen, ohne dass in den beiden letztgenannten Fällen eine wirkliche Krankheitseinsicht vorhanden sei. Vielmehr sei mit einem Zurücktreten der Wahngedanken zu rechnen. Die Persönlichkeit bleibe bei allen Verlaufsformen intakt, und es ließen sich „lebhaft psychologische Reaktionen in allen Krankheitsstadien“<sup>95</sup> nachweisen. Die Heilungserfolge nach Monaten oder Jahren zeigten sich häufig in einer religiösen Sublimierung, die die widersprüchlichen inneren Regungen und Strebungen vereinigen könne.

Die Häufigkeit des sensitiven Beziehungswahns wird von Kretschmer als nicht sehr hoch angegeben, aber immerhin seien ihm ein bis zwei Fälle pro Jahr in seiner Tübinger Zeit begegnet. Die Diagnosestellung erfordere einige Geduld, da „eine sehr gründliche, zeitraubende Vertiefung und ein innerer psychotherapeutischer Rapport mit dem Patientenmaterial notwendig (ist), um die Fälle überhaupt zu finden; mit der klinisch herkömmlichen Art deskriptiver Oberflächenpsychiatrie wird man nie einen sensitiven Beziehungswahn entdecken“<sup>96</sup>.

Kretschmer ordnete den sensitiven Beziehungswahn in die Kategorie der „psychopathisch-reaktiven Seelenstörungen“<sup>97</sup> ein. Allerdings wies er darauf hin, dass die Übergänge zu den endogenen Psychosen, und somit auch gerade zur Schizophrenie, fließend seien und dass sich durchaus sensitive Entwicklungslinien „in das Initialstadium von später progressiv verlaufenden Schizophrenien und Paraphrenien einlagern können“<sup>98</sup>. Deshalb plädierte Kretschmer für eine „mehrdimensionale Diagnostik“<sup>99</sup>, um auch diesen Fällen gerecht zu werden. Doch vertrat er weiterhin die Meinung, dass „prozeßhafte

---

<sup>93</sup> Kretschmer 1927 S. 151.

<sup>94</sup> Kretschmer 1927 S. 164

<sup>95</sup> Kretschmer 1927 S. 157.

<sup>96</sup> Kretschmer 1927 S. 8.

<sup>97</sup> Kretschmer 1927 S. 158. (Vgl. dazu auch Eitner S. 12.)

<sup>98</sup> Kretschmer 1927 S. 3. (Im Wissen um diese Problematik erfahren wir hinsichtlich des sensitiven Beziehungswahns aus der Dissertation Eitners folgendes: „Hervorgehoben sei, daß natürlich die Grenze gegenüber der paranoiden Schizophrenie möglichst sorgfältig gezogen wurde. Fälle, die in dieser Richtung unklar waren, wurden lieber in die noch zu besprechende Gruppe der ungeklärten schizophrenen Prozesse gestellt.“ Eitner S. 14)

<sup>99</sup> Kretschmer 1927 S. 4.

Schwankungen des endogenen Untergrundes (...) niemals hinter der glatten Oberfläche eines so fest zusammenhängenden psychologischen Bildes, wie des sensitiven Beziehungswahns, versteckt bleiben.“<sup>100</sup>

---

<sup>100</sup> Kretschmer 1927 S. 4.

## 2. Die (vermuteten) Ursachen der Schizophrenie

Während Kraepelin 1896 die Schizophrenie noch unter dem Oberbegriff der Stoffwechselerkrankungen abhandelte und von einer Art „Selbstvergiftung“ ausging, entfernte man sich später von dieser Intoxikationshypothese und vermutete eine erbliche Anlage, deren Einfluss jedoch unklar war. Der Forderung nach statistisch einwandfreien Untersuchungen zur Untermauerung dieser vermutlichen Erbllichkeit kam 1916 Ernst Rüdin nach. Durch Familienuntersuchungen ermittelte er die Häufigkeit schizophrener Erkrankungen in der Verwandtschaft der Patienten und begründete damit die empirische Erbprognostik. Aus den so gewonnenen Zahlen schloss er dann auf die Möglichkeit eines zweifach rezessiven Mendelschen Erbgangs.<sup>101</sup> Spätere Untersuchungen<sup>102</sup> brachten andere Ergebnisse hervor, die der Schlussfolgerung Rüdins widersprachen. Auch konnte anhand von eineiigen Zwillingen gezeigt werden, dass selbst bei gleicher Erb- anlage sich die Erkrankung nur in 70-80 Prozent der Fälle bei beiden Zwillingspartnern manifestierte.<sup>103</sup> Man folgerte aus diesen Erkenntnissen einen irgendwie gearteten, ver- wickelten rezessiven Erbgang, der durch innere und äußere Umweltfaktoren<sup>104</sup> beein- flusst werden konnte. Wie nun konkret diese äußeren Einflüsse auszusehen hatten, war allerdings unklar. Unter anderem aus den Erfahrungen des Ersten Weltkrieges hatte man gelernt, dass Schizophrene selbst auf die mit dem Krieg einher gehenden starken kör- perlichen und seelischen Belastungen anscheinend nicht reagierten: Die Zahl der schi- zophrenen Erkrankungen nahm während dieser Zeit nicht zu. Häufig bemühte Ursachen wie Überanstrengung und Onanie wurden ebenfalls als unbegründet abgetan. Als weite- ren Hinweis auf eine Vererblichkeit der Schizophrenie wurden die Erkenntnisse von Kretschmers Konstitutionslehre gewertet. Luxenburger bezeichnete in diesem Zusam- menhang die „schizoiden Psychopathen“ als „die vornehmsten Manifestanten schizo- phrener Teilanlagen“<sup>105</sup>.

Doch außer den genannten empirischen Hinweisen ließen sich keine weiteren Indizien finden, die für eine Vererbung sprachen. Man hatte keine Anhaltspunkte, wie sich ein eventuell verändertes Gen anatomisch, chemisch oder serologisch auswirken könnte.<sup>106</sup>

---

<sup>101</sup> Rüdin S. 52ff.

<sup>102</sup> Unter anderem von Luxenburger, der seine Ergebnisse auf rund 12000 Personen stützen konnte und höhere Wahrscheinlichkeiten als Rüdin errechnete. Kollé 1943 S. 203.

<sup>103</sup> Luxenburger S. 158.

<sup>104</sup> Unter „innerer Umwelt“ verstand man nach Luxenburger die übrigen Gene und das Zytoplasma. Bumke S. 7.

<sup>105</sup> Luxenburger S. 159.

<sup>106</sup> Kollé 1943 S. 207.

Trotz allem war die Vererblichkeit ein Paradigma in der deutschen Psychiatrie, auf dem auch die „rassenhygienischen“ Forderungen jener Zeit aufbauten. Platz für beispielsweise rein psychoanalytische Deutungen, die vor allem nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges aktuell wurden, gab es nicht.

### 3. Die Behandlung der Schizophrenie

Die feste Überzeugung, dass die Schizophrenie eine Erbkrankheit sei, ließ die meisten deutschen Psychiater jener Zeit in der „vorbeugenden Behandlung“ die einzig wahre Therapie erblicken.<sup>107</sup> Sie setzten konsequent das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 um, das zu massenhaften Zwangssterilisationen psychiatrischer Patienten führte. Eher als „Notbehelf“<sup>108</sup> sah man die Methoden zur Behandlung bereits erkrankter Patienten an. Diese Verfahren, die im folgenden beschrieben werden sollen, erwiesen sich als nicht kausal, sondern rein symptomorientiert und teilweise wenig effizient.

#### 3.1 Die „psychotherapeutischen“ Verfahren

Die Erkenntnis, dass bestimmte Behandlungsverfahren, wie z.B. die Dauerschlafbehandlung nach Klaesi, vorwiegend auf psychotherapeutischer Basis ihre Wirksamkeit entfalteten, führte zu einer stärkeren Hinwendung zur Psychotherapie bei Psychosen.<sup>109</sup> Dies geschah auch unter dem Aspekt der psychologischen Erklärbarkeit bestimmter schizophrener Symptome. Man glaubte sich allerdings weiterhin auf dem Boden einer erbten Anlage als Hauptursache und strebte deswegen nur die Bearbeitung dieses „psychisch reaktiven Überbaus“<sup>110</sup> an. In diesem Zusammenhang wurde besonders auf Ernst Kretschmer verwiesen, der sich schon früh dieser Fragestellung angenommen und 1929 einen Artikel zur „Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände“<sup>111</sup> veröffentlicht hatte. Was verstand man nun damals unter der von Kretschmer 1931 als

---

<sup>107</sup> Lange 1936 S. 239, Bumke S. 599, Kollé 1943 S. 212.

<sup>108</sup> Kollé 1943 S. 212.

<sup>109</sup> C. Schneider 1939 S. 60.

<sup>110</sup> Kretschmer 1929 S. 211.

<sup>111</sup> Kretschmer 1929. Eine überarbeitete, aber nur wenig veränderte Form dieses Artikels findet sich in den 1949 veröffentlichten „Psychotherapeutischen Studien“ von Kretschmer wieder. Ein Hinweis dafür, dass das nachfolgend Beschriebene auch während und selbst nach dem Krieg noch aktuell war.

„Behandlung von Krankheiten mit seelischen Mitteln“<sup>112</sup> definierten Psychotherapie, und inwiefern war sie zur Behandlung der Schizophrenie geeignet? Da Kretschmer damals als Ordinarius für Psychiatrie in Marburg tätig war, soll dieser Frage im folgenden Abschnitt eine etwas größere Aufmerksamkeit zuteil werden.

Kretschmer unterschied drei große Gruppen psychotherapeutischer Methoden:<sup>113</sup> Suggestiv-, psychagogische und analytische Methoden. Zu den Suggestivmethoden zählte er unter anderem die Hypnose und die einzeitige Wachsuggestivbehandlung. Sie wurden jedoch hauptsächlich in der Therapie der Neurosen angewandt.<sup>114</sup>

Unter den psychagogischen Methoden führte Kretschmer etwa das Autogene Training nach Schultz (das allerdings nicht für schizophrene Patienten geeignet war) und die Arbeitstherapie<sup>115</sup> an. Die Arbeitstherapie, eine in der Psychiatrie schon lange als erfolgreich bekannte Therapieform, war durch den Anstaltspsychiater Hermann Simon nach dem Ersten Weltkrieg mit einer bis dahin nicht gekannten Konsequenz in der Heil- und Pflegeanstalt Gütersloh eingeführt worden. Die dadurch erreichten Erfolge ließen der bis dahin gänzlich in den Hintergrund getretenen Behandlungsart neue Aufmerksamkeit zuteil werden. Mit der Idee, den Kranken von seinen „pathologischen Denkinhalten abzulenken“<sup>116</sup> und psychisch gesunde Anteile zu stärken, seine Leistungsfähigkeit und sein Gemeinschaftsgefühl zu fördern, ließ Simon die Patienten in Gruppen sinnvolle und nützliche Arbeiten in anstaltseigenen Einrichtungen wie Werkstätten, Küche, Wäscherei, Gärtnerei, Landwirtschaft, etc. und auf Station verrichten. Simon arbeitete mit einem Entlohnungssystem, das am guten Willen des Patienten orientiert war und einen Anreiz für den Patienten darstellen sollten.<sup>117</sup> Er konnte zeigen, dass es ihm gelang, fast alle seiner Anstaltsinsassen, auch die akuten Fälle, in diese Form der Therapie zu integrieren.<sup>118</sup> Damit hatte er einen durchschlagenden Erfolg erzielt, dem die meisten Psychiater anfangs allerdings zweifelnd gegenüberstanden. So begannen sie eher zögerlich, dem Beispiel Simons zu folgen. Doch die Einstellung wandelte sich,

---

<sup>112</sup> Kretschmer 1974 S. 138.

<sup>113</sup> Kretschmer 1945 S. 251ff.

<sup>114</sup> Konkrete Anwendungsbeispiele fanden sich in der Therapie der „Kriegsneurosen“. Vgl. dazu Müller S. 121ff.

<sup>115</sup> C. Schneider (1939) lehnte es ab, die Arbeitstherapie nach Simon als psychotherapeutische Methode anzusehen, sondern rechnete sie zu den aktiv-biologischen Behandlungsverfahren, die in die biologischen Grundlagen der Erkrankung eingreife, was der Psychotherapie in der Regel nicht möglich sei. S.391.

<sup>116</sup> Krüger S. 14.

<sup>117</sup> Krüger S. 14. Andere Psychiater, wie z. B. C. Schneider, lehnten diese Art der Motivation ab. C. Schneider 1939 S. 177.

<sup>118</sup> C. Schneider 1939 S. 58. Bumke gab eine angestrebte Integration von 80 bis 90 Prozent der Patienten an. Bumke S. 121.

selbst wenn Ende der 30er Jahre noch nicht alle Zweifel ausgeräumt waren,<sup>119</sup> und man konnte zynischerweise „auch vom Standpunkt der Volksgemeinschaft aus (...) begrüßen, daß die unglücklichen schizophrenen Kranken größtenteils jetzt nicht mehr nur als schauerliche Schmarotzer dahinsiechen, sondern im Rahmen der ihnen verbliebenen Kräfte leidlich nützliche Arbeit verrichten.“<sup>120</sup>

Zur dritten Gruppe der psychotherapeutischen Verfahren, den analytischen Methoden, rechnete Kretschmer z. B. das Assoziationsexperiment und die Psychoanalyse, bei der er zwar seine eigene Technik entwickelte, in die er aber Freudsche Elemente zu integrieren verstand.<sup>121</sup> Kretschmer lehnte jedoch die Psychoanalyse zur Therapie des akuten schizophrenen Krankheitsschubes und – mit Einschränkung – auch der post-schizophrenen Zustände ab und mahnte selbst bei schizoiden Neurosen zur Vorsicht, da die Gefahr bestehe, unbeherrschbare „schizophrene Tiefenmechanismen“<sup>122</sup> mit Erregungszuständen oder Zerfahrenheit auszulösen. Er plädierte deswegen für die indirekte Analyse, bei der es darum gehe, den „inneren Aufbau gewisser schizophrener Psychosen (...) einführend zu verstehen“<sup>123</sup>, soweit es sich dabei, beispielsweise im Sinne eines Eugen Bleuler, um psychologisch erklärbare sekundäre Symptome handele. Praktisch solle man also durch genaue Beobachtung, und zwar vor allem zeitlicher Zusammenhänge zwischen bestimmten Ereignissen und dem Auftreten psychotischer Symptome, und durch vorsichtiges Befragen<sup>124</sup> ein Bild der tieferen Persönlichkeitsstruktur und ihrer wichtigen Komplexe gewinnen.<sup>125</sup> Nach Kretschmer war dies die Voraussetzung für den Aufbau einer engeren Beziehung zwischen Arzt und Patient und auch für den Neuaufbau der Persönlichkeit nach Beendigung der akuten Krankheitsphase. In der postschizophrenen Phase beginne man dann mit der Aufarbeitung der übriggebliebenen schizophrenen Symptome (Stereotypien, Wahninhalte etc.), die teilweise fassadenhaft ohne einen aktiven endogenen Prozess, an reaktive Komplexe aus der Zeit der Psychose gekoppelt weiter existierten und ein schweres Residuum vortäuschten. Die Patienten, die es meist nicht von selbst schafften, sich aus diesem Gefüge zu lösen, müssten dann

---

<sup>119</sup> C. Schneider 1939 S. 58.

<sup>120</sup> Kollé 1943 S. 212.

<sup>121</sup> Kretschmer 1929 S. 217.

<sup>122</sup> Kretschmer 1929 S. 217.

<sup>123</sup> Kretschmer 1929 S. 217.

<sup>124</sup> Wenn man mit einer einfachen Befragung nicht mehr weiterkomme, ließe sich hier beispielsweise das Assoziationsexperiment (oder auch Bleuler-Jungsche Assoziationsmethode) anwenden: Auf den Zuruf eines Begriffes muss der Patient mit dem nächsten ihm dazu einfallenden Wort antworten. Aus den Reaktionen des Patienten auf bestimmte Reizwörter könnten sich dann Hinweise für die weitere Therapie ergeben. Kretschmer 1945 S. 273ff.

<sup>125</sup> Kretschmer 1929 S. 218.

vom Therapeuten geschickt um diese von ihm erkannten Komplexe herumgeleitet werden.<sup>126</sup> Im übrigen solle man zur weiteren postschizophrenen psychotherapeutischen Behandlung eine „zudeckende“ Therapie wählen, „die Methode der Abkapselung“<sup>127</sup>, mit dem Ziel, dass der Patient eine Unterscheidung zwischen seiner eigenen schizophrenen Realität und der realen Umwelt erlerne – eine Methode, die durch die schizophrene Neigung, Denkinhalte abzuspalten, vorgegeben sei. Auf diese Art und Weise könne man erreichen, dass der Patient sich immer weiter von seinen schizophrenen Denkinhalten distanzieren und mehr und mehr in der Lage sei, ein geordnetes Leben zu führen. Begleitend zu solch einer Behandlung der schizophrenen Erlebnisreste solle eine Arbeitstherapie als „Orthopädie der Psychomotorik und des sprachlich-sozialen Gesamtverhaltens“<sup>128</sup> stattfinden. Deren Therapieziel liege bei Patienten mit schweren schizophrenen Residualzuständen in der Formung einer „brauchbaren Arbeitsmaschine“<sup>129</sup>, bei leichteren Fällen in der Hilfe zum Wiederaufbau der Persönlichkeit. Ähnlich sah Kretschmer auch das Gesamtziel seiner therapeutischen Arbeit: „Arbeitsmaschinen“ aus der Masse der Durchschnittsschizophrenen, „Originale und Weise“ aus den besten unter ihnen.<sup>130</sup>

### 3.2 Die somatischen Therapieverfahren

In den 20er und 30er Jahren wurden eine Reihe von somatischen Therapieverfahren in die Schizophreniebehandlung eingeführt. Besonders Ende der 30er Jahre war die Euphorie groß, spezifische Behandlungen für die „Somatose“ Schizophrenie gefunden zu haben, sodass andere Behandlungsweisen wie z. B. die Arbeitstherapie zunächst wieder etwas in den Hintergrund traten.<sup>131</sup>

---

<sup>126</sup> Kretschmer 1929 S. 219.

<sup>127</sup> Kretschmer 1929 S. 219.

<sup>128</sup> Kretschmer 1929 S. 220.

<sup>129</sup> Kretschmer 1929 S. 222.

<sup>130</sup> Kretschmer 1929 S. 223.

<sup>131</sup> M. Bleuler S. 11.

### 3.2.1 Die Fieberkuren

Nach der erfolgreichen Einführung der Malariatherapie durch Julius Wagner von Jauregg zur Behandlung der progressiven Paralyse im Jahr 1917 versuchte man diese Therapie unter anderem auch bei der Schizophrenie einzusetzen. Man experimentierte mit verschiedenen fieberauslösenden Stoffen, beispielsweise Pyrifin<sup>132</sup>, doch der Erfolg war gering.<sup>133</sup> Dementsprechend fanden sich in den Lehrbüchern von Bleuler 1937 und Kolle 1943 dazu nur kurze Absätze mit dem Hinweis, dass für den Erfolg zusätzlich eine „psychische Behandlung“<sup>134</sup> nötig sei. Bumke erwähnte 1942 die Fieberkur bei der Behandlung der Schizophrenie gar nicht mehr.

### 3.2.2 Der Dauerschlaf

1922 etablierte sich als neue Therapieform der Dauerschlaf nach Jakob Klaesi. Man versetzte den Patienten für acht bis zwölf Tage in einen medikamentösen Dämmer-schlaf, der nur zur Nahrungsaufnahme und zur Blasen- und Darmentleerung unterbrochen wurde. Klaesi verwendete dafür Scopolamin und Somnifen<sup>135</sup>, eine Mischung, die allerdings eine nicht geringe Letalitätsrate von fünf Prozent aufwies. Im Folgenden probierte man alle möglichen Mittel und Verfahren. Keines vermochte sich freilich durchzusetzen. Die wenigsten Nebenwirkungen zeigten nach C. Schneider die Methoden nach Lutz und nach Cloetta. Nach Lutz gab man zuerst Morphium-Scopolamin als Injektion und dann Dial (Diallylbarbitursäure) zusammen mit Kochsalz und Traubenzucker als rektalen Tropfeinlauf, der zugleich die orale Nahrungsaufnahme ersetzte. Diese Prozedur wurde zur Aufrechterhaltung des Dämmerzustandes, abhängig von der Reaktion des Patienten auf die Therapie, mehrfach wiederholt. Cloetta gab seine Narkosemischung, bestehend aus den Hypnotika und Sedativa Paraldehyd, Amylenhydrat, Chloralhydrat, Isopropylallylbarbitursäure plus Digalen (ein Digitalisglykosid) und Ephedrin als „zirkulationsfördernde Mittel“ ebenfalls rektal.<sup>136</sup> Zur Minimierung von Komplikationen erforderte diese Art der Therapie eine besonders genaue Überwachung durch Ärzte und Pflegepersonal. Die Liste der Nebenwirkungen war lang und umfasste etwa Bronchopneumonien (deren Inzidenz sich durch rektale Ernährung senken ließ),

---

<sup>132</sup> „Eiweißstoffe“ aus *E. coli*, vgl. Marle S. 254.

<sup>133</sup> Schneider 1939 S. 241, Krüger S. 13.

<sup>134</sup> E. Bleuler 1937 S. 320, ähnlich Kolle 1943 S. 210f.

<sup>135</sup> Somnifen ist eine Mischung von Barbituraten, Franck S. 616.

<sup>136</sup> C. Schneider 1939 S. 256ff. E. Bleuler beschrieb diese beiden Methoden ebenfalls und bezeichnete sie als die häufiger angewendeten. (E. Bleuler 1937 S. 319.)

sonstige Infektionen und hypotone Kreislaufbeschwerden.<sup>137</sup> Eindeutig von dieser Behandlung ausgeschlossen waren somit Patienten mit Lungenerkrankungen jeglicher Art. Klaesi hatte die Therapie ursprünglich zur Behandlung von bestimmten schizophrenen Zuständen wie Erregungen mit ängstlicher Komponente, negativistischen Abkapselungen etc. entwickelt, mit dem Ziel einer „Unterbrechung des Kreislaufs, aus dem der Kranke selbst nicht herausfindet“<sup>138</sup>. Für den Erfolg der Behandlung war jedoch die im Anschluss durchgeführte Psychotherapie von großer Bedeutung. Zum Nonplusultra taugte auch der Dauerschlaf nicht,<sup>139</sup> er wurde von Oswald Bumke sogar ganz abgelehnt.<sup>140</sup> Eine genaue Durchführungsbeschreibung der Dämmer Schlaftherapie für Marburg findet sich in einer Dissertation aus dem Jahr 1937.<sup>141</sup>

### 3.2.3 Die Insulinkomatherapie

1933 entdeckte der Wiener Psychiater Manfred Sakel durch Zufall die antipsychotische Wirksamkeit hypoglykämischer Schocks, herbeigeführt durch eine Insulinüberdosierung. In der Folgezeit wurde diese Behandlung zur Verbesserung des geistigen Zustandes vor allem bei schizophrenen Patienten eingesetzt.

Die praktische Durchführung beschrieb Bumke 1942 wie folgt: Um die Krankheits-symptome schon im voraus so weit wie möglich zu reduzieren und damit ein optimales Behandlungsergebnis zu erreichen, sollte vor dem Beginn der eigentlichen Insulintherapie eine ein- bis zweiwöchige Arbeitstherapie durchgeführt werden. Die klassische Insulinkur begann mit einer intramuskulären Injektion von 10-20 Einheiten Insulin (abhängig vom Ernährungszustand des Patienten), die dann schrittweise täglich um vier bis acht bis auf 50-60 Einheiten gesteigert wurden. Danach wurde die tägliche Dosis jeweils um 10-16 Einheiten erhöht, dabei sollte eine Höchstdosis von 300 nicht überschritten werden. Die erwünschte Schockwirkung trat meist bei 80-120 Einheiten Insulin ein. Diese Dosierung musste bei der weiteren Durchführung der Therapie je nach Gewöhnung oder Sensibilisierung modifiziert werden, eventuell mit der Zickzack-

---

<sup>137</sup> C. Schneider 1939 S. 259.

<sup>138</sup> Kolle 1943 S. 210.

<sup>139</sup> Die Wirksamkeit wurde mit „manchmal“ (E. Bleuler 1937 S. 319) und als Mittel, „das man probieren kann“ (Kolle 1943 S. 210) angegeben.

<sup>140</sup> Bumke S. 123.

<sup>141</sup> Schoenen.

methode nach von Braunmühl.<sup>142</sup> Es erfolgte also keine automatische Erhöhung bis zur Höchstdosis.

Die Behandlung wurde täglich, nach Bleuler mit einem Ruhetag pro Woche, durchgeführt und sollte nicht unter 60 Tagen liegen. Manchmal zeige sich der Erfolg noch nach 90 Tagen. Die Therapie, deren Wirkungsmaximum ungefähr nach vier Stunden erreicht war, begann bevorzugt früh morgens, damit sie vor der Mittagszeit noch abgeschlossen war.<sup>143</sup> Bis zum Eintritt des Komas mit Pupillenstarre und erloschenen Reflexen ließen sich Symptome wie motorische Unruhe, Schweißausbrüche, Blässe, Speichelfluss, zunehmende Bewusstseinsstörungen, Pulsbeschleunigungen, Myoklonien und ähnliches beobachten.<sup>144</sup> Die Patienten wurden beim ersten eingetretenen Koma für circa eine Viertelstunde, danach für 45 bis 60 Minuten in diesem Zustand belassen, der dann mit Hilfe einer über eine Magensonde oder intravenös gegebenen Zuckerlösung durchbrochen wurde. Falls die Situation bedrohlich wurde, spritzte man im Notfall einen Milliliter Suprarenin intramuskulär oder einen Drittel-Kubikzentimeter mit Traubenzucker gemischt intravenös. Wenn der Patient wach war, folgte eine Kohlenhydratzufuhr per os.

Diese Behandlung, die nur mit geschultem Pflegepersonal und in Anwesenheit eines darin ausgebildeten Arztes durchgeführt werden durfte, richtete sich vor allem an kurzzeitig Erkrankte (Erkrankungsdauer bis zu einem Jahr).<sup>145</sup> Kontraindikationen waren eine aktive Lungentuberkulose, Herz-, Kreislaufkrankungen sowie akute Leber- und Nierenerkrankungen. An unerwünschten Nebenwirkungen der Behandlung traten neben kardiovaskulären Komplikationen während der Hypoglykämie ein verlängertes Koma und vor allem epileptische Anfälle auf, auch nach Schockende als so genannte Spätanfälle. Die Sterblichkeitsrate beziffert Bumke zwischen 0,5 und 1,6 Prozent.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> Bumke S. 594, Richarz S. 95.

<sup>143</sup> Eine anschauliche Beschreibung der konkreten Durchführung liefert Richarz für die Anstalt Eglfing-Haar. S. 86ff.

<sup>144</sup> Richarz S. 87, Bumke S. 594, E. Bleuler 1937 S. 320.

<sup>145</sup> Anton von Braunmühl, Anstaltsarzt in Eglfing-Haar und zuständiger Abteilungsleiter, führte die Therapie auch bei längerer Krankheitsdauer durch, auch wenn dies schwieriger war. Richarz S. 89. – Oswald Bumke zitierte 1942 eine Statistik, die auf der Grundlage von 962 abgeschlossen behandelten Kranken mit unterschiedlicher Krankheitsdauer in 25 Prozent der Fälle eine Vollremission, in 41 Prozent Besserungen und in 34 Prozent keine Veränderung des Zustandsbildes festgestellt haben will. Bei Krankheitsfällen unter 6 Monaten soll allerdings eine Remission oder Besserung in 85 Prozent der Fälle eingetreten sein. S. 594.

<sup>146</sup> Bumke S. 594.

Insulin war in der Kriegszeit knapp, so dass die Insulinkomatherapie ab Februar 1942 grundsätzlich untersagt wurde.<sup>147</sup> Es war in der Zwischenzeit möglich geworden, auf Therapiealternativen umzusteigen, die ohne das knappe Gut auskamen: nämlich auf die Krampftherapien.

### 3.2.4 Die Krampftherapien

In der irrigen Annahme eines Antagonismus zwischen Schizophrenie und Epilepsie kamen seit Mitte der 1930er Jahre Krampfbehandlungen in der Psychiatrie zum Einsatz. Vorreiter war der ungarische Arzt Ladislaus von Meduna, der seit 1934<sup>148</sup> auf diesem Gebiet arbeitete und schließlich die Cardiazol-Schocktherapie einführte. Durch intravenöse Gabe von 0,3-0,5 g Cardiazol<sup>149</sup> in 10%iger Lösung versuchte man einen generalisierten epileptischen Anfall auszulösen. Gelingt dies nicht sofort, so wurde nach zwei Minuten noch einmal 0,1 g Cardiazol nachgespritzt.<sup>150</sup> Falls auch damit kein Anfall ausgelöst werden konnte, folgte eine weitere Dosissteigerung um 0,1 g am nächsten Tag. Auf diese Art und Weise konnte man zu Dosen bis zu über einem Gramm gelangen. Die Anfälle sollten alle paar Tage ausgelöst werden, Meduna selbst schlug zwei pro Woche vor. Im Durchschnitt trete der Erfolg nach 7-14 Anfällen auf, die Therapie sollte aber nicht vor dem 30. Anfall abgebrochen werden.<sup>151</sup> Der Therapieerfolg auf alle Kranken bezogen falle geringer aus als derjenige der Insulinbehandlung.<sup>152</sup> Aber auch hier finde sich wieder eine bessere Ansprechbarkeit bei kürzerer Krankheitsdauer und diesmal explizit bei katatonen Zustandsbildern. Bevor eine solche Behandlung durchgeführt werden konnte, mussten Herz-, Kreislaufkrankungen ausgeschlossen sein. Für die Patienten ergaben sich jedoch eine Reihe von unangenehmen Nebenwirkungen, vor

---

<sup>147</sup> Vgl. „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete“ 121 (1942), S. 188. Für Klinikdirektoren, die weiterhin diese Therapie anwenden wollten, bestand jedoch die Möglichkeit, einen entsprechenden Antrag zu stellen.

Ein Bild der angespannten Versorgungslage für Diabetiker liefert Knödler.

<sup>148</sup> Pöldinger S. 20.

<sup>149</sup> Cardiazol (Pentamethylentetrazol), das eine Stimulation von Atmung und Kreislauf erzeugt, wurde bis dahin vor allem bei Herzinsuffizienz mit Atembeschwerden und „Gefäßschwäche“ sowie in Kombination mit anderen Arzneimitteln zur Behandlung von Keuchhusten, Infektionskrankheiten mit Kreislaufschwäche oder Hypotonie eingesetzt. Franck S. 334.

<sup>150</sup> E. Bleuler 1937 S. 320 (Dosisangabe), Bumke S. 595ff. Alle weiteren Angaben zur genauen Durchführung der Therapie beziehen sich, falls nicht anders angegeben, ebenfalls auf diese Textstellen.

<sup>151</sup> Für die genaue Beschreibung eines solchen Anfalls sei wieder auf Richarz verwiesen, insbesondere S. 96f.

<sup>152</sup> Bumke greift wieder auf eine Statistik von Küppers zurück, die bei insgesamt 262 behandelten Patienten unabhängig von der Krankheitsdauer 17 Prozent Vollremissionen, 27 Prozent Besserungen und 56 Prozent Erfolglosigkeit angibt.

allem subjektiver Art: In der Zeit zwischen Injektion und dem Auftreten des generalisierten Anfalls erlebten sie starke Angst- und Vernichtungsgefühle. Diese konnten zwar nach dem Eintreten eines Anfalles nicht mehr erinnert werden – wohl aber, wenn dieser ausblieb, was dann wiederum zur Ablehnung der Therapie durch die Patienten führen konnte.<sup>153</sup> Als objektive Nebenwirkungen beschrieb Bumke Frakturen und Luxationen, Todesfälle gab er als sehr selten an.<sup>154</sup>

Zumindest die subjektiven Nebenwirkungen ließen sich seit 1937 mit der Einführung der Elektroschockbehandlung durch die Italiener Bini und Cerletti beseitigen. Mittels Elektroden wurden Ströme mit einer Stärke von 300-600 Milliampere und einer Spannung von 60-115 Volt für eine halbe bis Dreiviertel-Sekunde durch den Kopf geleitet.<sup>155</sup> Bei dem sofort darauf folgenden generalisierten epileptischen Anfall verloren die Patienten gleichzeitig das Bewusstsein und somit auch die Erinnerung an die Behandlung. Nach fünf Minuten konnte man die Patienten meist wieder ansprechen und nach zehn Minuten waren sie bei vollem Bewusstsein. Darauf folgte oft ein mehrstündiger Schlaf. Mit einer Häufigkeit von ein bis drei Prozent stellten Frakturen und Luxationen die Hauptnebenwirkungen dar;<sup>156</sup> Angst und Vernichtungsgefühl fehlten hingegen. Kontraindikationen und Anwendungsbereiche waren denen der Cardiazolschockbehandlung vergleichbar. Gegenüber dem Cardiazol bot der Elektrokrampf jedoch eine Reihe von Vorteilen (leichtere Durchführbarkeit, Reduktion von Nebenwirkungen). Da er, wie Bumke feststellte, gleichwohl genauso wirksam war, wurde er bald als Mittel der Wahl zur Therapie der Schizophrenie eingesetzt.<sup>157</sup> Eine Erklärung für die Wirksamkeit dieser Behandlung konnte allerdings nicht gefunden werden.

Zur Optimierung des Therapieerfolgs experimentierte man mit Kombinationen der verschiedenen Behandlungsverfahren, z. B. Insulinbehandlung plus zweimal pro Woche während des Komas zusätzlich Cardiazol- bzw. Elektrokrampf.<sup>158</sup>

Kurz nach Einführung der Insulin- und der Krampfbehandlungen war der Optimismus, damit eine spezifische Therapie für die „somatische Erkrankung“ Schizophrenie gefun-

---

<sup>153</sup> Krüger S. 14.

<sup>154</sup> Schmieder beschrieb für Heidelberg, dass diese Nebenwirkungen teilweise erheblich und auch häufig waren: Bei gut 25 Prozent der therapierten Männer kam es durch die Krampfanfälle zu Wirbelfrakturen. (Schmieder S. 179.)

<sup>155</sup> Bumke S. 597.

<sup>156</sup> Bumke S. 597.

<sup>157</sup> Richarz S. 98.

<sup>158</sup> Bumke S. 598.

den zu haben, groß. Erste Zahlen gingen von Heilungsraten der Schockbehandlungen bei frühem Behandlungsbeginn von bis zu 90 Prozent aus.<sup>159</sup> Doch die Ernüchterung folgte schnell, denn man war von fehlerhaften Statistiken ausgegangen. Und so bemerkte Kurt Kollé 1943 dazu: „Die nach künstlichem Schock oder Krampf beobachteten Stillstände kommen anscheinend hauptsächlich bei solchen Kranken vor, die überhaupt zu dieser „remittierenden“ Verlaufsform neigen. Echte Heilungen, d. h. völlig wiederhergestellte seelische Gesundheit ist (sic!) niemals festgestellt worden. So müssen wir unsere Hoffnung, wirksame, an der Wurzel angreifende Heilverfahren gegen Schizophrenie gefunden zu haben, vorerst wieder begraben.“<sup>160</sup> Doch immerhin: Auch wenn sich die Prognose auf lange Sicht nicht verbessern ließ, so konnte man, nach damaliger Einschätzung, Krankheitsschübe verkürzen und bestehende Krankheitszustände abmildern. M. Bleuler sprach in diesem Zusammenhang von einer Besserung des „Anstaltsmilieus“.<sup>161</sup>

Der Vollständigkeit halber sei hier noch die präfrontale Leukotomie angeführt, die 1936 von Egas Moniz in die Behandlung der Schizophrenie eingeführt wurde. Sie setzte sich zu Beginn vor allem in Portugal, Großbritannien und den USA durch und, bedingt durch den Zweiten Weltkrieg, erst verzögert in Mitteleuropa.<sup>162</sup> Hiervon zeugte auch die untersuchte und zitierte Literatur kurz vor und während des Zweiten Weltkrieges, die diese Therapieform mit keinem Wort erwähnt.

#### **4. Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg**

Der Begriff „Schizophrenie“ ist inzwischen hundert Jahre alt und der damit verbundene Krankheitsbegriff immer noch im Fluss.

In der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg erfuhr die Symptomatik der Schizophrenie immer wieder neue Einteilungsversuche bis hin zu den operationalisierten Diagnosesystemen der ICD-10 oder des DSM-IV, für die Kurt Schneider und Eugen Bleuler wichtige Vorläufer waren.<sup>163</sup> Auch die Ursachen der Schizophrenie wurden neu

---

<sup>159</sup> M. Bleuler S. 38: Er betrachtet hier die Insulinbehandlung sowie die Cardiazol- und Elektrokrampfbehandlung gemeinsam unter dem Begriff der „somatischen Schock-Behandlungen“.

<sup>160</sup> Kollé 1943 S. 211.

<sup>161</sup> M. Bleuler S. 39.

<sup>162</sup> M. Bleuler S. 44.

<sup>163</sup> Vgl. dazu auch Schmauß S. 36ff sowie Hoff S. 30f.

diskutiert: Unterschiedliche Erklärungsansätze – bis hin zu radikal anti-  
psychiatrischen<sup>164</sup> – ließen die Schizophrenie weniger als „endogene“ und somit ge-  
netisch determinierte Erkrankung erscheinen. Inzwischen geht man von einem multi-  
faktoriell verursachten Krankheitsbild aus, das neben genetischen Faktoren auch von  
Umgebungsfaktoren bestimmt wird.<sup>165</sup> Mit dem Einzug der Psychopharmaka in die  
Schizophrenietherapie seit dem Ende der 1950er Jahre rückte der biologisch-  
psychiatrische Forschungsansatz jedoch wieder zunehmend in den Mittelpunkt.<sup>166</sup>

Letztlich ist aber die Frage noch immer nicht geklärt, ob man es bei der Schizophrenie  
tatsächlich mit einer Krankheitseinheit (von der Kraepelin noch ausging) zu tun hat oder  
doch eher mit einer Übereinkunft (als deren Ausdruck die heutige operationalisierte  
Diagnostik gelten kann).<sup>167</sup>

---

<sup>164</sup> Vgl. dazu auch den Artikel von Rechlin.

<sup>165</sup> Bondy S. 92. Vgl. dazu auch Baer S. 39ff.

<sup>166</sup> Hoff S. 31, Arenz S. 220ff.

<sup>167</sup> Baer S. 41 sowie Arenz S. 235ff.

## C Ergebnisse

Wie eingangs bereits angekündigt, werden in diesem Abschnitt nun die Ergebnisse der ausgewerteten Patientenakten dargestellt, und zwar in einem allgemeinen und einem schizophreniespezifischen besonderen Teil. Zuvor allerdings ist auf den einleitend bereits erwähnten Aktenschwund einzugehen.

### I. Die fehlenden Patientenakten der Universitätsnervenklinik

Nach Sichtung der Quellen zeigte sich, dass gut 30 Prozent der Akten von Schizophreniepatienten fehlten – ein nicht zu vernachlässigender Schwund, zumal vor dem historischen Hintergrund der „Euthanasie“. Wie bereits in Tabelle 3<sup>168</sup> dargestellt, fehlten vor allem Akten aus den Jahren 1940 und 1941. Es stellte sich also die Frage, ob einseitig bestimmte Akten fehlten oder ob der Verlust doch eher zufällig und unsystematisch vonstatten ging. Für eine ansatzweise Beantwortung dieser Frage wird deshalb in diesem Kapitel anhand der Daten der Aufnahmebücher ein Profil der fehlenden Patientenakten erstellt und mit den Daten des Gesamtktenbestandes der schizophrenen Patienten verglichen.

Aus den Aufnahmebüchern ließen sich vor allem die Stammdaten der Patienten, also Alter, Familienstand, Beruf bzw. Dienstgrad bei Soldaten, sowie die Diagnosen ersehen. Ein Vergleich erfolgt deshalb unter folgenden drei Stichpunkten:

- *Militärpsychiatrie*: Zu klären ist, ob anteilmäßig mehr Lazarett- oder Zivilpatienten fehlen. Dazu muss zunächst eine entsprechende Unterteilung der Patienten erfolgen. Danach sollen die Dienstgrade abgeglichen werden.
- *Soziale Verteilung*: Die soziale Verteilung soll hinsichtlich Alter, Familienstand und Beruf auf Auffälligkeiten überprüft werden.
- *Diagnosen*: Schließlich soll untersucht werden, ob einseitig bestimmte Diagnosen fehlen.

Abschließend soll eine Bewertung und Diskussion dieser Daten erfolgen.

---

<sup>168</sup> Kapitel A.2.1.2.1.

## 1. Militärpsychiatrische Aspekte: Zivilisten und Soldaten

Bereits die Aufnahmebücher lassen eine Unterteilung in die Kategorien „Lazarett-patient“ und „ziviler Patient“ zu.<sup>169</sup> Im Lazarett wurden jedoch nicht nur Soldaten, sondern auch Angehörige sogenannter Wehrhilfsorganisationen behandelt.<sup>170</sup> In diesem Zusammenhang sind hier speziell die Technische Nothilfe<sup>171</sup>, das Nationalsozialistische Kraftfahrkorps (NSKK)<sup>172</sup> sowie Arbeitsmänner des Reichsarbeitsdienstes<sup>173</sup> zu nennen. Aber auch Kriegsgefangene zählten zu den Lazarettpatienten. Wird im Folgenden von Soldaten gesprochen, so sind damit direkt Wehrmachtsangehörige gemeint, während der Begriff der Lazarettpatienten sich auch auf Angehörige der Wehrhilfsorganisationen sowie Kriegsgefangene bezieht.

Eine Übersicht über die aufgenommenen schizophrenen Patienten und ihre Aufteilung in Lazarettpatienten und zivile Patienten gibt die nachfolgende Tabelle.

---

<sup>169</sup> Zur Einteilung in Lazarett- und Nicht-Lazarettpatienten vergleiche auch Müller S. 68 und S. 75. Nach diesen Auswertungen wurden im Lazarett gut 1700 Patienten behandelt, davon 1451 Angehörige der Wehrmacht. (S. 75)

<sup>170</sup> Zu den Wehrhilfsorganisationen siehe auch Absolon S. 101.

<sup>171</sup> Die Technische Nothilfe wurde 1919 von Otto Lummitzsch gegründet. Im „Dritten Reich“ lag sie im Zuständigkeitsbereich des Reichsministeriums des Inneren und war hauptsächlich für Katastrophen- und Luftschutz zuständig. Während des Zweiten Weltkrieges kam es zur Zusammenarbeit mit der Wehrmacht. 1945 aufgelöst, erfolgte 1950 die Neugründung, wieder durch Otto Lummitzsch, als THW. (Absolon S. 106 sowie Linhardt, hier insbesondere S. 577ff.)

<sup>172</sup> Das NSKK, seit 1934 eine eigene Gliederung der NSDAP, bildete unter anderem Wehrmachtskraftfahrer in seinen Motorsportschulen aus. Im Krieg wurde das NSKK bei Heer und Luftwaffe eingesetzt. Die Korpsmitglieder galten jedoch nicht als aktive Wehrdienstleistende. (Absolon S. 103f., Bedürftig S. 242.)

<sup>173</sup> Der Reichsarbeitsdienst (RAD) wurde zur nationalsozialistischen Erziehung der Jugend in militärischer Form verpflichtend eingeführt und unterstand dem Reichsminister des Innern. Ab 1939 wurden vor allem kriegsrelevante Aufgaben ausgeführt. Einheiten des RAD, die als Baubataillone und -kompanien für die Wehrmacht tätig waren, wurden in die Wehrmacht integriert und zu ordentlichen Truppenteilen. Sie leisteten aktiven Wehrdienst und unterstanden den für Soldaten geltenden Regelungen. Nominell waren sie allerdings keine Soldaten, sondern unterstanden weiterhin der Organisation des RAD. (Absolon S. 105, Bedürftig S. 241, Broszat S. 53.)

In den Marburger Aufnahmebüchern fällt eine inkonstante Klassifikation von Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes auf: In den Jahren 1941, 1942 und 1943 werden sie nicht als Lazarettpatienten geführt, während sie 1944 und 1945 als Lazarettpatienten eingestuft werden. Müller geht in seiner Untersuchung für Marburg von ungefähr 200 Angehörigen des RAD aus, die sich mehr oder weniger gleichmäßig über den gesamten Zeitraum verteilen. (Müller S. 68.)

**Tabelle 6: Anteile der zivilen Patienten und der Lazarettpatienten an der Gesamtzahl der aufgenommenen schizophrenen Patienten während des Krieges (Angaben laut Aufnahmebuch; Zeitspanne: 1.9.1939 bis 28.3.1945)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	gesamt
Schizophrene Patienten gesamt, davon	5	23	34	16	17	22	3	120
- Lazarettpat.	1 (20%)	13 (57%)	15 (44%)	9 (56%)	5 (29%)	9 (41%)	2 (67%)	54 (45%)
- Zivile Pat.	4 (80%)	10 (43%)	18 (53%)	7 (44%)	12 (71%)	13 (59%)	1 (33%)	65 (54%)
- Keine Angabe	0	0	1 (3%)	0	0	0	0	1 (~1%)

Einen entsprechenden Überblick über die fehlenden Patientenakten findet sich in Tabelle 7:

**Tabelle 7: Anteile der zivilen Patienten und der Lazarettpatienten an den fehlenden Patientenakten (Zeitspanne: 1.9.1939 bis 28.3.1945)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	gesamt
Fehlende Patientenakten, davon	1	11	12	6	4	6	1	41
- Lazarettpat.	0	5	6	2	0	2	1	16
- Zivile Pat.	1	6	5	4	4	4	0	24
- Keine Angabe	0	0	1	0	0	0	0	1

Bei den fehlenden Patientenakten stehen 39 Prozent Lazarettpatienten (16 von 41) 58,5 Prozent zivilen Patienten (24 von 41) gegenüber.<sup>174</sup> Das entspricht in etwa dem prozentualen Verhältnis beider Gruppen bezogen auf die Gesamtaufnahmen.

Wie bereits erwähnt zählten zu den Lazarettpatienten nicht nur Wehrmatsangehörige. Eine Aufschlüsselung der verschiedenen Gruppen innerhalb des Lazarett gibt die nachfolgende Tabelle:

<sup>174</sup> Fehlende an 100 Prozent: Ein Patient konnte nicht zugeordnet werden.

**Tabelle 8: Überblick über die im Lazarett behandelten Patientengruppen (Angaben laut Aufnahmebuch; Zeitspanne: 1.9.1939-28.3.1945)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Lazarettpatienten gesamt, davon:	1	13	15	9	5	9	2	54
- Soldaten	1	11	10	8	4	7	1	42 (78%)
- Angehörige v. Wehrhilfsorg. (RAD, NSKK, TN)	0	1	1	1	1	2	1	7 (13%)
- Kriegsgefangene	0	1	4	0	0	0	0	5 (9%)

Bezogen auf die fehlenden Patientenakten gibt sich folgende Übersicht:

**Tabelle 9: Überblick über die fehlenden Lazarettakten**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Fehlende Lazarettakten, davon von:	0	5	6	2	0	2	1	16
- Soldaten	0	4	3	2	0	2	0	11 (69%)
- Angehörigen v. Wehrhilfsorg. (RAD, NSKK, TN)	0	0	1	0	0	0	1	2 (12%)
- Kriegsgefangenen	0	1	2	0	0	0	0	3 (19%)

Betrachtet man den Anteil der Soldaten an den Lazarettpatienten, so stellen sie 78 Prozent an den Gesamtlazarettpatienten und 69 Prozent der fehlenden Lazarettpatienten. Die prozentualen Verhältnisse bleiben also ungefähr gewahrt, auch wenn die Soldaten am Anteil der fehlenden Lazarettakten leicht unterrepräsentiert sind.<sup>175</sup>

Auffällig hoch ist die Fehlquote der Akten der Kriegsgefangenen: Hier fehlen drei von fünf Akten. Zu beachten sind dabei jedoch die niedrigen Fallzahlen, die den statistischen Aussagewert erheblich einschränken.

<sup>175</sup> Aufgrund niedriger Fallzahlen ist die statistische Beeinflussbarkeit der Prozentzahlen hoch. So würde beispielsweise nur ein Soldat mehr in der Gruppe der fehlenden Lazarettakten die Prozentzahl dem prozentualen Verhältnis der Soldaten zu allen Lazarettakten nahezu angleichen.

### *Dienstgrade von Soldaten*

54 schizophrene Patienten wurden im Lazarett behandelt. Davon sind 42 Patienten Wehrmichtsangehörige im engeren Sinn. Untergliedert man diese Gruppe weiter nach Ranggruppen und Dienstgraden in der Wehrmacht, so ergibt sich folgendes Bild:<sup>176</sup>

Als Ranggruppen fanden sich nur Unteroffiziere und Mannschaften. Im Bereich der Unteroffiziersgrade waren fünf Unteroffiziere sowie ein Sanitätsfeldwebel verzeichnet. Das entspricht etwa einem Anteil von 14 Prozent. Am häufigsten waren untere und höhere Mannschaftensdienstgrade vertreten: 22 einfache Soldaten (52 Prozent) sowie 13 Soldaten (31 Prozent) mit höheren Dienstgraden. Ein Patient ließ sich nicht zuordnen.<sup>177</sup>

Das Profil der fehlenden Patientenakten sieht ähnlich aus: Von elf Wehrmichtsangehörigen fehlen acht Soldaten mit unteren und zwei mit höheren Mannschaftensdienstgraden sowie die Akte eines Unteroffiziers.

## **2. Soziale Aspekte: Altersverteilung, Familienstand und Beruf**

### 2.1 Altersverteilung

Es wurde eine Aufteilung in vier Altersgruppen vorgenommen: die unter 18jährigen, die 18-29jährigen, die 30-50jährigen sowie die über 50jährigen.<sup>178</sup>

Bei den in den Aufnahmebüchern gefundenen Patienten überwiegt die Gruppe der 18-29jährigen mit einem Anteil von 46,7 Prozent der Aufnahmen, gefolgt von den 30-50jährigen mit 40 Prozent. Zehn Prozent sind jünger als 18 Jahre, weniger als ein Prozent älter als 50 Jahre.

---

<sup>176</sup> Die Einteilung folgt der Darstellung der Ranggruppen und Dienstgrade in der Wehrmacht bei Absolon (S. 164ff.). Einteilung in 4 Ranggruppen: I. Offiziere, II. Musikinspizienten und Musikmeister, III. Unteroffiziere, IV. Mannschaften. Mannschaften unterschieden sich nur nach Dienstgraden.

<sup>177</sup> Patientenakte 42248.

<sup>178</sup> Dies folgt der Einteilung von Remschmidt S. 606.

**Tabelle 10: Altersverteilung der schizophrenen Patienten in absoluten Zahlen nach Aufnahmejahr (Angaben laut Aufnahmebuch; kA = keine Angabe)**

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
< 18a	1	1	4	0	2	3	1	12
18-29a	4	14	14	11	6	7	0	56
30-50a	0	7	15	5	9	10	2	48
> 50a	0	0	0	0	0	1	0	1
kA	0	1	1	0	0	1	0	3
Gesamt	5	23	34	16	17	22	3	120

Bei den nicht aufgefundenen Patientenakten stellt die Altersgruppe der 18-29jährigen mit 51,2 Prozent den größten Anteil und liegt damit im Vergleich etwas über ihrem Anteil an der Gesamtverteilung. Demgegenüber sind die 30-50jährigen in der Gruppe der fehlenden Akten mit knapp 22 Prozent unterrepräsentiert und die unter18jährigen mit 19,5 Prozent aller fehlenden Akten deutlich überrepräsentiert. Letztere weisen mit acht von zwölf Akten (67 Prozent) auch die höchste Fehlquote auf. Bei den 18-29jährigen liegt die Fehlquote bei 37,5 Prozent (21 von 56 Akten) und bei den 30-50jährigen bei 18,8 Prozent (neun von 48 Akten).

**Tabelle 11: Altersverteilung der fehlenden Patientenakten in absoluten Zahlen**

	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	gesamt
< 18a	1	1	2	0	1	2	1	8
18-29a	0	7	6	5	2	1	0	21
30-50a	0	2	3	1	1	2	0	9
> 50a	0	0	0	0	0	0	0	0
kA	0	1	1	0	0	1	0	3
	1	11	12	6	4	6	1	41

Es fehlen also vor allem die Akten von jungen Patienten.

## 2.2 Familienstand

Die überwiegende Mehrzahl aller schizophrenen Patienten (63,3 Prozent) sind nach dem Aufnahmebuch ledig. Die zweitgrößte Gruppe mit knapp 27 Prozent stellen die Verheirateten. Je ein Patient ist geschieden oder verwitwet (ca. ein Prozent), in knapp neun Prozent der Fälle findet sich keine Angabe zum Familienstand.

Die fehlenden Patientenakten weisen eine ähnliche Verteilung auf: 61 Prozent sind ledig, 20 Prozent verheiratet, zwei Prozent (= ein Patient) geschieden und bei 17 Prozent

findet sich keine Angabe. Die Verschiebungen der Prozentsätze ergeben sich vor allem durch die niedrigen Fallzahlen.

### 2.3 Beruf

Hier ist zunächst zwischen Lazarettpatienten und Zivilpatienten zu unterscheiden; denn Patienten, die in das Lazarett eingewiesen wurden, lassen sich im Aufnahmebuch keine Zivilberufe zuordnen. Stattdessen sind bei dieser Patientengruppe die Dienstgrade oder der Status verzeichnet, z.B. Kriegsgefangener oder Arbeitsmann des Reichsarbeitsdienstes. Wie bereits dargestellt, wurden von allen aufgenommenen schizophrenen Patienten 54 im Lazarett und 65 Patienten in der zivilen Abteilung behandelt. In einem Fall wird im Aufnahmebuch zu Beruf bzw. Wehrmachtzugehörigkeit keine Angabe gemacht, so dass dieser Patient keiner Gruppe zugeordnet werden kann.

Teilt man die Berufe der Patienten der zivilen Abteilung in soziale Kategorien ein,<sup>179</sup> so ergibt sich folgende Übersicht:

**Tabelle 12: Berufsverteilung der Nicht-Lazarettpatienten (65 von 120 Patienten, Angaben laut Aufnahmebuch; Prozentangaben: Fehlende an 100% durch Rundungsfehler)**

Arbeiter und Handwerker	Angestellte	Selbständige	Beamte	Bauern	Sonstige
45 (69,2%)	9 (13,8%)	1 (1,5%)	3 (4,6%)	2 (3,1%)	5 (7,7%)

Unter „Sonstige“ sind Schüler und Studenten aufgeführt, die letztlich einen Beruf im eigentlichen Sinne noch nicht erlernt hatten.

Den 41 *fehlenden* Patientenakten lassen sich 16 Lazarettpatienten und 24 Patienten der zivilen Abteilung zuordnen. Für einen Patienten wurden wie gesehen keine Angaben gemacht. Die zivilen Patienten teilen sich in folgende Berufskategorien auf:

**Tabelle 13: Berufsverteilung der fehlenden zivilen Patienten (24 von 41 Patienten, Angaben laut Aufnahmebuch)**

Arbeiter und Handwerker	Angestellte	Selbständige/ freie Berufe	Beamte	Bauern	Sonstige
20 (83,3%)	1 (4,2%)	0	0	0	3 (12,5%)

<sup>179</sup> Vgl. dazu die soziale Kategorisierung mit einer Übersicht der sozialen Zusammensetzung der Gesamtbevölkerung bei Michalka S. 343 und Hofer S. 23. Zur Diskussion der Berufsverteilung an sich vgl. auch C.II.1.4.2.

Es fehlen vor allem die Akten von Arbeitern und Handwerkern. Bei den unter „Sons-tige“ aufgeführten Patienten fällt das Fehlen von drei Studenten auf, die damit ihrem Anteil an der Gesamtverteilung entsprechend überrepräsentiert sind.<sup>180</sup> Aber auch hier gilt, dass die statistische Beeinflussbarkeit dieser Zahlen aufgrund der niedrigen Fall-zahlen hoch ist.

### 3. Diagnosen

Unter die Diagnose einer Schizophrenie fallen unterschiedliche Krankheitsbegriffe. Um zu überprüfen, ob einseitig bestimmte Diagnosen fehlten, wurden zunächst die Diagnosen nach Oberbegriffen wie Schizophrenie, Paraphrenie/paranoide Schizophrenie, Hebephrenie, Katatonie/katatone Schizophrenie und schizophrene „Defektzustände“ sortiert. Dabei ergab sich für die Diagnosen aller schizophrenen Patienten folgende Verteilung:

**Tabelle 14: Diagnosenverteilung aller aufgenommenen Schizophreniepatienten (n=120)**

<b>Diagnose</b>	<b>Häufigkeit (in Prozent)</b>
Schizophrenie	40%
Paraphrenie/paranoide Schizophrenie	25%
Katatonie/katatone Schizophrenie	15%
Hebephrenie	11%
Schizophrene „Defektzustände“	9%

Die Verteilung der Diagnosen der fehlenden Patientenakten war ähnlich:

**Tabelle 15: Diagnosenverteilung der fehlenden schizophrenen Patientenakten (n=41)**

<b>Diagnose</b>	<b>Häufigkeit (in Prozent und absolut)</b>
Schizophrenie	41% (17 Akten)
Paraphrenie/paranoide Schizophrenie	17% (7 Akten)
Katatonie/katatone Schizophrenie	17% (7 Akten)
Hebephrenie	20% (8 Akten)
Schizophrene „Defektzustände“	5% (2 Akten)

Es fiel allerdings ein überwiegendes Fehlen von Akten mit der Diagnose einer Hebephrenie auf. Dies korrespondiert mit der Häufung fehlender Patientenakten junger Patienten.<sup>181</sup> Betrachtet man zusätzlich das Fehlen dieser Akten über die Jahre, so ließ sich jedoch keine eindeutige Häufung feststellen.

<sup>180</sup> Im Einzelnen fehlten drei Studenten von insgesamt vier Studenten laut Aufnahmebuch.

<sup>181</sup> In fünf Fällen waren diese Patienten jünger als 18 Jahre.

#### 4. Zusammenfassung und Diskussion

Ungefähr bei einem Drittel der im Aufnahmebuch verzeichneten schizophrenen Patienten fehlen die zugehörigen Akten.

Betrachtet man das Profil der fehlenden Patientenakten unter den eingangs genannten drei Aspekten, so ergibt sich Folgendes:

Aus *militärpsychiatrischer Sicht* entsprach der Anteil der fehlenden Lazarettakten ungefähr dem Anteil der Lazarettakten an der Gesamtverteilung. Innerhalb der Lazarettakten fiel das vermehrte Fehlen der Akten von Kriegsgefangenen auf. Diese Gruppe war allerdings so klein, dass die Zahlen statistisch nicht relevant waren. Letzteres trifft auch für das – unter *sozialen Aspekten* – auffällig hohe Fehlen der Akten von Studenten zu. Relevanter war die etwas höhere Fehlquote junger Patienten, die im *diagnostischen Bereich* mit einer leichten Häufung fehlender Patientenakten mit der Diagnose einer Hebephrenie einher geht.<sup>182</sup> Aber auch diese Gruppe ist letztlich so klein, dass sie hinsichtlich der ursprünglichen Fragestellung nicht weiterhilft.

Zusammenfassend kann man somit feststellen, dass sich – neben der oben erwähnten zeitlichen Häufung – keine weiteren wegweisenden Auffälligkeit in der Profilerstellung der fehlenden Patientenakten ergeben haben.<sup>183</sup> Der auffälligste und wichtigste Punkt bleibt demzufolge die zeitliche Verteilung.

Diese zeitliche Verteilung ist insofern interessant, als in die Jahre 1940/41 die Euthanasieorde fielen. Es stellt sich somit die Frage, ob die auffällige Häufung fehlender Akten in dieser Zeit damit im Zusammenhang steht. Für die Wittenauer Heilstätten konnte beispielsweise gezeigt werden, dass hohe Fehlbestände aus den Jahren 1940/41 auch mit den Verlegungen im Rahmen der Euthanasieorde zu begründen waren, da den Patienten die Akten mitgegeben wurden.<sup>184</sup>

---

<sup>182</sup> Die Hebephrenie ist eine Verlaufsform der Schizophrenie, die typischerweise im jugendlichen bzw. jungen Erwachsenenalter beginnt.

<sup>183</sup> Dies sind nur Indizien, denn die Akten können sich trotzdem in einem weiteren nicht untersuchten Merkmal signifikant unterscheiden.

<sup>184</sup> Beddies 1999a S. 143f. In der Untersuchung zu den Wittenauer Heilstätten fehlten im Zeitraum 1939-1945 fast 60 Prozent der Akten. Für den Gesamtuntersuchungszeitraum von 1919-1960 wird eine Zahl von 30 Prozent angegeben. Beddies 1999 S. 31.

Diese Annahme kann man auf die Marburger Universitätsnervenklinik wohl nicht übertragen, und zwar wegen des formalen Ablaufs des „Euthanasieverfahrens“: Danach erhielten nur Heil- und Pflegeanstalten – nicht aber Universitätskliniken – Meldebögen, auf deren Grundlage die „Euthanasiegutachter“ die „zu verlegenden“, sprich: zu ermordenden Patienten festlegten. Grund dieses Verfahrens war, dass sich in den Universitätskliniken im Allgemeinen keine „Dauerpatienten“ befanden, die zur Zielgruppe der „Euthanasiemaßnahmen“ zählten.<sup>185</sup> Wenn man dies auch für die Marburger Universitätsnervenklinik annimmt, hatten also die dort durchgeführten Verlegungen formal keinen direkten Euthanasiemordhintergrund.

Gegen die These, dass fehlende Akten eine Verlegung im Rahmen der Euthanasiemorde nahe legen, spricht zudem die Untersuchung Müllers zur Militärpsychiatrie in Marburg: Dort fand sich eine vergleichbare Fehlquote von Akten.<sup>186</sup> Die untersuchten Krankheitsbilder waren in der Regel jedoch nicht von den Euthanasiemorden betroffen.

Zu erwägen ist noch, ob das zeitlich gehäufte Fehlen von Patientenakten auch einen wissenschaftlichen Hintergrund haben könnte, z.B. durch das Anlegen von Sonderbeständen (wie für die Wittenauer Heilstätten beschrieben) bedingt sein könnte. Ein signifikantes, einseitiges Fehlen bestimmter Diagnosen zeigte sich jedoch nicht. Betrachtet man, wer sich zu dieser Zeit an der Marburger Universitätsklinik konkret mit der Schizophrenie unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten beschäftigte, so stößt man auf Klaus Conrad, der ab 1939/40 als Oberarzt bei Prof. Kretschmer tätig war.<sup>187</sup> Für seine Untersuchungen zu den Phasen der beginnenden Schizophrenie wählte er als Material ein „unausgelesenes Kollektiv frischer schizophrener Schübe, die in den Jahren 1941/42 als Soldaten in einem Heimatlazarett Aufnahme fanden“.<sup>188</sup> Da es sich also nur um Soldaten handelte und zudem Conrad ab 1942 im Reservelazarett IV der Landesheilanstalt

---

<sup>185</sup> Klee 1985 S. 123.

<sup>186</sup> Müller kam bei seiner Untersuchung zu einer Überlieferungsquote von 63 Prozent. (Müller S. 75.) Interessanterweise zeigte sich in der Untersuchung zu den Wittenauer Heilstätten bezogen auf den gesamten Untersuchungszeitraum von 1919-1960 ebenfalls eine Fehlquote von 30 Prozent. (Beddies 1999 S. 31.) Dies wirft die Frage auf, ob ein Aktenschwund selbst in dieser Größenordnung im Bereich des „Normalen“ liegt. Es bleibt abzuwarten, welche Daten vergleichbare Untersuchungen anderer Kliniken liefern.

<sup>187</sup> Näheres zu Conrad bei Auerbach S. 214f. Darauf beziehen sich auch die nachfolgenden biographischen Angaben. Zu weiteren Forschungsschwerpunkten der Universitätsnervenklinik vgl. Grundmann S. 621ff.

<sup>188</sup> Conrad S. 23. In diesem Rahmen vergab er in Marburg auch mehrere Promotionsthemen. Siehe dazu Wendiggensen, Wirges, Steffen. Zu Abschluss und Publikation seiner Arbeit kam es erst 1958. Zu dieser Zeit war Conrad bereits Professor in Göttingen.

Marburg tätig war, erscheint ein Zusammenhang dieser Forschungsarbeit mit dem gehäuften Fehlen der Akten Anfang der 40er Jahre unwahrscheinlich.

Letztendlich bleibt die Frage, warum die meisten Patientenakten ausgerechnet in den Jahren 1940/41 fehlen, damit offen.

Unter allgemeineren Gesichtspunkten fanden sich in den Akten und Aufnahmebüchern einige Hinweise, die das generelle Fehlen von Akten begründen könnten:

Zunächst wäre hier die in Marburg übliche Art der Aktenarchivierung nach Geburtsdaten aufzuführen. Ohne das Geburtsdatum lässt sich keine Akte auffinden. Eine falsche Angabe im Aufnahmebuch kann also dazu führen, dass man eine Akte, obwohl sie richtig einsortiert wurde, nicht mehr findet.<sup>189</sup> Im umgekehrten Fall können natürlich auch Akten dadurch „verschwinden“, dass sie trotz eines richtigen Geburtsdatums im Aufnahmebuch falsch archiviert wurden. Diese Akten sind praktisch nur noch durch Zufall auffindbar.

Als nächstes fielen während des Studiums der vorgefundenen Patientenakten Anforderungen der Krankengeschichten durch andere Stellen auf, z.B. im Rahmen eines Dienstunfähigkeits-Verfahrens.<sup>190</sup> Man könnte sich nun vorstellen, dass solche angeforderten Akten nicht mehr zurückgeschickt wurden oder in den Wirren des Krieges verloren gingen. Zu erwägen wäre in diesem Zusammenhang auch eine Mitgabe von Krankengeschichten bei Verlegungen *innerhalb* der Marburger Klinik aufgrund akuter anderer Erkrankungen.

Ein ähnlicher Grund für das Fehlen von Akten könnte der Wechsel Kretschmers 1946 von Marburg nach Tübingen darstellen: In einem konkreten Fall erfahren wir aus den Aufzeichnungen eines späteren Krankenblatts (das der Akte beilag), dass der Patient zur Behandlung mit nach Tübingen folgte, aus „Heimweh“ aber wieder zurückkehrte. Da

---

<sup>189</sup> Als mögliches Beispiel sei hier die Patientenakte 41727 aufgeführt: Für den 1941 aufgenommenen Patienten finden sich im Aufnahmebuch widersprüchliche Angaben zum Alter: Als Geburtsjahr wird 1927 angegeben, obwohl der Patient – ebenfalls laut Aufnahmebuch – 18 Jahre alt sein sollte. In diesem konkreten Fall, bei dem die Akte nicht aufgefunden werden konnte, war die Altersangabe mit 18 Jahren wahrscheinlicher, denn der Patient war Arbeitsmann des Reichsarbeitsdienstes, der in der Regel zwischen dem 18. und 25. Lebensjahr abgeleistet wurde. Aber auch mit dem revidierten Geburtsjahr ließ sich die Akte nicht auffinden.

<sup>190</sup> Als Beispiel sei hier Patientenakte 39546 angeführt: In der Akte fand sich ein Schreiben, in dem der Truppenarzt um Übersendung der Krankengeschichte zur Durchführung des Dienstunfähigkeits-Verfahrens bittet.

Krankenakten konnten beispielsweise auch von Amtsärzten angefordert werden, die Anträge auf Sterilisation beim zuständigen Erbgesundheitsgericht stellten. Hilder S. 10.

der Aktenteil vor dem Wechsel Kretschmers nicht mehr vorhanden war, kann vermutet werden, dass von solchen „mitgewechselten“ Patienten die Krankengeschichte aus Marburg angefordert und später nicht mehr zurückgeschickt wurde.<sup>191</sup>

---

<sup>191</sup> Patientenakte 44590.

## **II. Allgemeiner Teil: Persönliche und administrative Daten, Verlegungen in die Landesheilanstalt Marburg**

In diesem zweiten Ergebnisteil werden die Patienten hinsichtlich ihrer persönlichen und administrativen Daten unter allgemeinspsychiatrischen und militärpsychiatrischen Aspekten vorgestellt. Für die Auswertung werden dabei drei Schwerpunkte gesetzt: (1) Es soll geprüft werden, ob die sozialen Daten ein „typisch“ schizophrener Patientenklientel erkennen lassen. (2) Zugleich soll unter militärpsychiatrischen Aspekten der Anteil der Lazarettpatienten gesondert dargestellt und auf Auffälligkeiten untersucht werden. (3) In Abgrenzung zu den Patienten der Wittenauer Heilstätten sollen für diese spezielle Patientengruppe die Unterschiede zwischen einer Universitäts- und einer Anstaltspsychiatrie dargestellt werden.

Zum Schluss soll mit der Überprüfung von Verlegungen in eine Landesheilanstalt einer möglichen Verstrickung der Marburger Universitätspsychiatrie in die Euthanasiamorde nachgegangen werden.

### **1. Persönliche Daten**

Bereits bei der Quellenbeschreibung wurden die persönlichen Daten auf der Grundlage der Aufnahmebücher rein deskriptiv dargestellt. Im hiesigen Kapitel soll diese persönliche Vorstellung der Patienten – diesmal überwiegend anhand der ausgewerteten Patientenakten – rekapituliert und durch eine Einordnung in den zeitlichen Kontext erweitert werden. Dabei kann gegebenenfalls auf Abweichungen zu den Angaben im Aufnahmebuch und zur Gesamtverteilung eingegangen werden. Alle weiteren speziellen Untersuchungen beziehen sich dann immer auf diese vorgestellte Patientenklientel.

Wie eingangs soll zuerst die Verteilung Lazarett – zivile Abteilung nochmals beleuchtet werden; dann folgen die äußeren Lebensdaten wie Alter, Familienstand und Ausbildung beziehungsweise Beruf. Zur Einordnung in den zeitlichen Kontext werden vor allem die bereits vorliegenden Untersuchungen zur Marburger Universitätspsychiatrie bei Remschmidt und Müller sowie die Auswertungen psychiatrischer Patientengeschichten der ehemaligen Wittenauer Heilstätten in Berlin als Bezugspunkt dienen. Für letztere ist jedoch anzumerken, dass diese – mit der Untersuchung von Patientenakten zwischen 1919 und 1960 – eine wesentlich längere Zeitspanne umfassen, was zu Verwerfungen in

der Vergleichbarkeit führen kann. Diese Einschränkung ist bei den folgenden Vergleichen im Sinn zu behalten.

### 1.1 Zivilisten und Soldaten

Wie beschrieben hatte die Marburger Universitätsnervenklinik mit der Einrichtung eines Lazaretts zu Beginn des Krieges eine zusätzliche Aufgabe übernommen. Es interessierte nun, welche Gewichtung hinsichtlich der Patientenzahl diesen beiden Abteilungen zukam.

#### *Erhobene Daten*

Oben konnte bereits ein leichtes Überwiegen von Aufnahmen in die zivile Abteilung gezeigt werden: Nach den Angaben des Aufnahmebuchs standen 54 Lazarettpatienten (45 Prozent) 65 zivilen Patienten (54 Prozent) gegenüber.<sup>192</sup>

Ein ähnliches Bild ergibt nachfolgende Tabelle hinsichtlich der Verteilung der ausgewerteten Patientenakten:

**Tabelle 16: Anteile der Zivil- und der Lazarettpatienten an der Gesamtzahl der aufgenommenen schizophrenen Patienten (Angaben aufgrund der ausgewerteten Patientenakten, Zeitspanne: 1.9.1939 bis 28.3.1945)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	gesamt
Ausgewertete Patientenakten, davon	4	12	22	10	13	16	2	79
- Lazarettpatienten	1 (25%)	8 (67%)	9 (41%)	7 (70%)	5 (38%)	7 (44%)	1 (50%)	38 (48%)
- Zivile Patienten	3 (75%)	4 (33%)	13 (59%)	3 (30%)	8 (62%)	9 (56%)	1 (50%)	41 (52%)

Auch die (prozentuale) Verteilung der einzelnen unterschiedlichen Patientengruppen innerhalb des Lazaretts entspricht sich in Aufnahmebuch<sup>193</sup> und ausgewerteten Patientenakten weitest gehend:

<sup>192</sup> Ein Patient konnte nicht zugeordnet werden. Zur genauen Verteilung über die Jahre und zu den Besonderheiten der Einteilung vergleiche C.I.1.

<sup>193</sup> Vgl. dazu auch C.I.1.

**Tabelle 17: Überblick über die im Lazarett behandelten Patientengruppen (Angaben laut Akten)**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Lazarettpat. Gesamt	1	8	9	7	5	7	1	38
davon:								
- Soldaten	1	7	7	5	4	5	1	30 (78,9%)
- Angehörige von Wehrhilfsorg. (RAD, NSKK, TN)	0	1	0	1	1	2	0	5 (13,2%)
- Kriegsgefangene	0	0	2	0	0	0	0	2 (5,3%)
- Sonstige	0	0	0	1	0	0	0	1 (2,6%)

Mit ungefähr 79 Prozent stellten die Soldaten also die größte Gruppe innerhalb des Lazaretts, gefolgt von den Angehörigen der Wehrhilfsorganisationen und den Kriegsgefangenen. Der unter „Sonstige“ aufgeführte Patient wurde zur Begutachtung vom „Wehrmacht-Fürsorge und Versorgungsamt“ eingewiesen und war zu diesem Zeitpunkt schon kein Soldat mehr.

#### *Einordnung in den Gesamtkontext*

Neben der Gesamtverteilung der Lazarett- und Zivilaufnahmen soll auf die zeitliche Verteilung der Aufnahmen sowie auf spezielle Patientengruppen gesondert eingegangen werden:

- *Gesamtverteilung der Lazarett- und Zivilaufnahmen*

Zum Vergleich bot sich hier die deskriptive Statistik aller stationären Aufnahmen der Marburger Nervenklinik von 1940-1945 bei Remschmidt an: Dort zeigte sich hinsichtlich der Verteilung „Zivilisten – Soldaten“ ein noch deutlicheres Überwiegen des zivilen Anteils mit 62,5 Prozent gegenüber den Soldaten mit 37,5 Prozent.<sup>194</sup> Es blieb dabei jedoch unklar, ob sich der Begriff „Soldaten“ nur auf Wehrmichtsangehörige oder auch auf andere Gruppen innerhalb des Lazaretts bezieht. Dies erschwerte einen direkten Vergleich mit der hier vorliegenden Untersuchung. Der höhere Anteil an Lazarettpatienten in der hiesigen Untersuchung könnte demnach zwei Erklärungen haben: Einerseits ließe er sich mit einer etwas anderen Klassifikation begründen.<sup>195</sup> Geht man andererseits von einer direkten Vergleichbarkeit der Daten aus, so könnte die Ursache

<sup>194</sup> Remschmidt S. 606.

<sup>195</sup> Vergleiche dazu die Aufspaltung der einzelnen Untergruppen innerhalb des Lazaretts. Rechnet man auch hier nur „Soldaten“ im eigentlichen Sinne, so ergibt sich ein Prozentsatz von 34 Prozent Soldaten.

bei der Schizophrenie als Erkrankung an sich und ihrer spezifischen Altersstruktur zu suchen sein: Wie im nachfolgenden Kapitel gezeigt wird, ähnelte die Altersstruktur schizophrener Patienten derer der Lazarettpatienten, so dass man davon ausgehen könnte, dass per se mehr Lazarettpatienten von der Erkrankung betroffen waren.<sup>196</sup>

Um auf die eingangs gestellte Frage nach der Gewichtung der unterschiedlichen Patientengruppen innerhalb der Nervenklinik zurückzukommen, so bleibt hinsichtlich der schizophrenen Patienten festzustellen: Die zivile Versorgung machte zwar – mit einem leichten Überwiegen von Zivilisten bezogen auf alle schizophrenen Patienten – immer noch einen wichtigen Bestandteil des Kliniklebens aus. Die Versorgung von Lazarettpatienten rückte jedoch gleichwertig daneben. Dies passt in das Bild einer sich verschlechternden ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung an den Marburger Universitätskliniken während des Krieges.<sup>197</sup> Inwiefern sich eine Verschlechterung der Behandlung im Laufe des Krieges quantifizieren lässt und ob es dabei zu einer Ungleichbehandlung von Zivilisten und Soldaten kam, soll in den Kapiteln zur Therapie geklärt werden.

- *Zeitliche Verteilung der Aufnahmen*

Die Tabellen 6/8<sup>198</sup> sowie die Tabellen 16/17 zeigen neben der Gesamtverteilung schizophrener Zivilisten und Soldaten auch die zeitliche Verteilung der Aufnahmen. Im Zusammenhang mit der Militärpsychiatrie stellte sich die Frage nach der Häufigkeitsverteilung schizophrener Erkrankungen innerhalb der Kriegsjahre. Für die „Kriegsneurosen“ ist ein Anstieg derselben bis zum Kriegsende beschrieben.<sup>199</sup> Die Schizophrenie galt allerdings als eine vom Krieg unabhängige Erkrankung.<sup>200</sup>

---

<sup>196</sup> Näheres dazu im nachfolgenden Kapitel.

<sup>197</sup> Siehe dazu auch Krähwinkel 2001a S. 566ff. Müller beschreibt vor allem eine anfängliche Überbelegung der Universitätsnervenklinik, der mit der Reduzierung ziviler Aufnahmen begegnet wurde. Im weiteren Verlauf entspannte sich die Situation wohl wieder etwas. (Müller S. 67ff.)

<sup>198</sup> Kapitel C.I.1.

<sup>199</sup> Vgl. dazu u.a. Riedesser S. 130 und Müller für Marburg S. 105.

<sup>200</sup> Vgl. dazu Renschmidt S. 613. In diesen Kontext passen auch die von Müller erhobenen Zahlen zur Marburger Militärpsychiatrie: Dieser kam in seiner Aufschlüsselung aller Lazarettaufnahmen nach Diagnosen zu einem Anteil von 10,92 Prozent (absolut 149) Patienten des Reservelazarett III, deren Diagnose unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fiel. Rechnet man entsprechend seiner Einteilung die Diagnosen Schizophrenie und Katatonie/Psychose zusammen, so erhielten ca. drei Prozent der Lazarettpatienten eine zur Schizophrenie gehörende Diagnose. (Müller S. 251) Dieses Ergebnis deckt sich mit dem hier errechneten Anteil der schizophrenen Patienten an allen Aufnahmen sowie mit der Aufschlüsselung der Vorkriegsaufnahmen bei Eitner (vgl. oben Fußnote 26). Schizophrene Diagnosen wurden in Marburg in der Gruppe der Lazarettpatienten also nicht häufiger vergeben als bei zivilen Patienten.

Dazu passend zeigte sich über die Jahre eine inkonstante Verteilung sowohl der schizophrenen Erkrankungen an sich als auch des jeweiligen Anteils der Lazarettpatienten. Die meisten schizophrenen Patienten wurden – nimmt man Lazarett und zivile Abteilung zusammen – 1941 aufgenommen. Der niedrigste schizophrene Krankenstand unter den Lazarettpatienten wird prozentual und absolut 1943 erreicht.<sup>201</sup>

Zum Vergleich dieser Zahlen konnte wieder die deskriptive Statistik aller stationären Aufnahmen der Nervenklinik von 1940-1945 herangezogen werden. Hinsichtlich des Anteils der schizophrenen Erkrankungen (zu denen Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen gerechnet wurden) zeigten sich dort analog zu den hier vorliegenden Ergebnissen starke Schwankungen während des Untersuchungszeitraums. Dies traf sowohl für Zivilisten als auch für Lazarettpatienten zu, so dass sich kein signifikanter Unterschied in der Verteilung über die Kriegsjahre finden ließ.<sup>202</sup> Insgesamt nahm dort die Häufigkeit der schizophrenen Erkrankungen von 1940-1945 ab – ein Trend, der mit den hier vorliegenden Fallzahlen nur für die Schizophrenie nicht bestätigt werden konnte.

- *Spezielle Patientengruppen: Kriegsgefangene und Zwangsarbeiter*

Neben den bereits im Aufnahmebuch kenntlichen Kriegsgefangenen, die im Lazarett der Universitätsnervenklinik behandelt wurden, ergab sich bei der Auswertung der Akten, dass vermutlich auch drei Zwangsarbeiter in der „zivilen Abteilung“ der Universitätsnervenklinik behandelt wurden. Auf diese beiden besonderen Patientengruppen soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden:<sup>203</sup>

#### *Kriegsgefangene*

Für die Behandlung gefangener Soldaten war das Lazarett verantwortlich. Müller gibt in seiner Untersuchung zur Militärpsychiatrie in Marburg eine Gesamtzahl von 32 Kriegsgefangenen an, deren Aufnahme hauptsächlich zwischen Herbst 1940 und Ende 1941 lag.<sup>204</sup> Dabei waren laut Aufnahmebuch insgesamt fünf Kriegsgefangene mit einer zur

---

<sup>201</sup> Die Jahre 1939 und 1945 sind aufgrund der kürzeren untersuchten Zeitspanne sowie der niedrigeren Fallzahlen nur bedingt vergleichbar und hier zunächst ausgeklammert.

<sup>202</sup> Remschmidt S. 609.

<sup>203</sup> Letztlich wurden nicht nur verschleppte Zivilisten, sondern auch Kriegsgefangene zu Zwangsarbeit herangezogen; insofern ist die gewählte Einteilung künstlich, entspricht aber der Kategorisierung in Lazarett- und Nicht-Lazarettpatienten. Zum Thema „Kriegsgefangene im Arbeitseinsatz“ vgl. auch Burger S. 76ff.

<sup>204</sup> Müller S. 68.

Schizophrenie zählenden Diagnose: einer 1940 und vier 1941.<sup>205</sup> Es handelte sich dabei ausnahmslos um Franzosen. Zwei Akten aus dem Jahr 1941 waren im Archiv noch aufzufinden:

**Marius R.**<sup>206</sup> aus Lyon kam als Zugang aus dem Gefangenenlager Nieder-Zwehren und befand sich eine knappe Woche (vom 29.4.1941 bis 5.5.1941) im Reservelazarett III. Unter dem Verdacht einer beginnenden Schizophrenie wurde er, ohne weitere Therapie, in das Teillazarett der Landesheilanstalt verlegt.<sup>207</sup> Das weitere Schicksal des Patienten ist aus der Akte nicht ersichtlich.

Der zweite Patient, der 22jährige **Gaston R.**<sup>208</sup>, war vom 19.8.1941 bis zum 8.9.1941 in der Behandlung der Universitätsnervenklinik. Er wurde durch den Lagerarzt aufgrund eines „akuten Erregungszustandes“ aus dem Gefangenenlager Ziegenhain eingewiesen.<sup>209</sup> Als Akuttherapie kam ein zehntägiger Dauerschlaf zur Anwendung, und es wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie gestellt. „Da in absehbarer Zeit keine Änderung im Zustandsbild zu erwarten“ sei, erfolgte die Verlegung nach Bad Orb.<sup>210</sup>

### *Zwangsarbeiter*

In drei untersuchten Patientengeschichten der zivilen Abteilung fanden sich Hinweise, dass es sich bei den Patienten um (zivile) Zwangsarbeiter handelte. Konkret zu nennen sind in den Jahren 1939 und 1941 zwei polnische und 1943 ein belgischer Zwangsarbeiter.<sup>211</sup> Sie wurden von den niedergelassenen Ärzten der jeweiligen Arbeitsorte eingewiesen.

---

<sup>205</sup> Vgl. auch Tabelle 8, C.I.1.

<sup>206</sup> Patientenakte 41212.

<sup>207</sup> Eine genaue Begründung für die Verlegung wurde nicht angeführt. In der Schlusszusammenfassung der Akte heißt es lapidar: „Für die Erklärung der Halluzinationen kommt damit nur der Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie in Frage. Das passt auch gut zu seinem Konstitutionstyp und seiner früher durchgemachten Tuberkulose. Die Erkrankung befände sich dann in den ersten Stadien, wo typische Wahnideen bei ihm fehlen.“

<sup>208</sup> Patientenakte 41468.

<sup>209</sup> Damit dürfte vermutlich das Kriegsgefangenen-Stammlager IX A in Ziegenhain gemeint sein. In diesem Lager befanden sich Kriegsgefangene aus verschiedenen europäischen Ländern, vor allem jedoch aus Frankreich (unter anderem auch der spätere französische Staatspräsident François Mitterand). Näheres siehe bei Puvogel S. 352 sowie bei Burger.

<sup>210</sup> Bad Orb laut Epikrise, Bad Soden auf Deckblatt verzeichnet. In Bad Orb wurde Ende 1939 das Kriegsgefangenen Stammlager IX B etabliert, dem mehrere kleinere Lager zugehörig waren. Näheres siehe bei Puvogel S. 279. Das dritte Kriegsgefangenen-Stammlager für den Wehrkreis IX befand sich in Bad Sulza (IX C). Siehe auch Brinkmann-Frisch S. 315.

<sup>211</sup> Patientenakten 39523, 41590, 43158. Zum Thema Zwangsarbeit in Marburg sei auf die Veröffentlichung Forms verwiesen, zur Behandlung von Zwangsarbeitern an der Medizinischen Fakultät auf Krähwinkel 2001b. In diesem Zusammenhang sei auch die Auseinandersetzung mit dem Thema bei Hedwig aufgeführt.

Der 29jährige **Albert N.** aus Polen arbeitete an der „Reichsautobahn“ in Hersfeld, „wo er zur Arbeit hingebacht wurde“.<sup>212</sup> Nach zweiwöchiger Beobachtung im November 1939 wurde er ohne weitere Behandlung wieder in das Lager zurückgeschickt. Auf die darauf folgende Anfrage des Hersfelder Landrates bezüglich der weiteren Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Notwendigkeit einer Einweisung in eine Anstalt schlug die Marburger Klinik vor, den Patienten einfach in seine Heimat zurückzuschicken. Alles in allem wurde der Fall von Marburger Seite sehr kurz abgehandelt.<sup>213</sup>

**Edmund F.**<sup>214</sup>: Der 27jährige ehemalige polnische Kriegsgefangene war „bei seinem Arbeitgeber psychisch auffällig“ geworden und kam deshalb im September 1941 zur Aufnahme.<sup>215</sup> Nach gut fünfwöchigem Aufenthalt musste die – laut Epikrise – erfolgreiche Behandlung auf Veranlassung des Arbeitsamtes abgebrochen werden. Der Patient wurde „in das Generalgouvernement“ entlassen.

In beiden Fällen spiegelt sich das für die Behandlung von kranken „Ostarbeitern“ typische Vorgehen wider: Wenn eine längere Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit nach kurzer Behandlungsdauer nicht zu erwarten war, wurden die Patienten zurück in ihre Heimat geschickt. 1943 änderte sich diese Vorgehensweise: Die Patienten wurden ermordet.<sup>216</sup>

Einen etwas besseren Status hatten Zwangsarbeiter aus westeuropäischen Ländern, wie folgendes Beispiel eines Zwangsarbeiters aus Belgien verdeutlicht:

Der 23jährige **Henri V.**<sup>217</sup>, „arbeitsverpflichtet“ in Heringen (Lager Voigt), wurde im August 1943 nach fünf Monaten (!) zur Weiterbehandlung in die Landesheilanstalt Marburg verlegt, nachdem die bisherigen, regulär durchgeführten Therapien nur eine vorübergehende Besserung gebracht hatten. Von dort aus erfolgte die Entlassung nach Hause.

---

<sup>212</sup> Patientenakte 39523. In Bad Hersfeld befand sich das Zwangsarbeiterlager „Lager Pfaffenwald“ mit Zwangsarbeitern vor allem aus Polen und der Sowjetunion, die beim Autobahnbau eingesetzt wurden. (Puvogel S. 278.)

<sup>213</sup> Vgl. dazu auch Kapitel C.III.1.1.2.

<sup>214</sup> Patientenakte 41590.

<sup>215</sup> Der Patient war vermutlich in der Landwirtschaft beschäftigt. Vgl. dazu auch Neebe S. 62.

Im August 1940 wurden polnische Kriegsgefangene – durch Entlassung aus der Kriegsgefangenschaft – zu zivilen Zwangsarbeitern. (Form S. 5.)

<sup>216</sup> Vgl. dazu Lilienthal S. 291, Klee 1985 S. 419.

<sup>217</sup> Patientenakte 43158. – Zur unterschiedlichen Behandlung von „Ostarbeitern“ und Arbeitern aus dem westlichen Ausland vgl. Herbert S. 353f.

## 1.2 Altersverteilung

Wie bereits dargestellt, wurden vier Altersgruppen gebildet: die unter 18jährigen, die 18-29jährigen, die 30-50jährigen sowie die über 50jährigen.

### *Erhobene Daten*

Wie schon bei der Auswertung der Aufnahmebücher beschrieben, fehlten vor allem die Akten von jüngeren Patienten. Um einen allgemeineren Vergleich mit den Daten aller aufgenommenen Männer der Universitätsnervenklinik im Zeitraum 1940-1945 durchführen zu können, wurde hier vor allem die Verteilung auf der Grundlage der Aufnahmebücher betrachtet.<sup>218</sup> Einen Überblick über alle schizophrenen Patientenaufnahmen sowie die ausgewerteten Patientenakten nach Aufnahmejahr, Alter und Wehrmachtzugehörigkeit gibt Tabelle 18 am Ende des Kapitels.

Vergleicht man nun die Altersverteilung aller aufgenommenen Männer mit der aller aufgenommenen schizophrenen Patienten, so ergibt sich folgendes Bild: Eine annähernde Übereinstimmung der prozentualen Aufnahmen findet sich nur bei den unter 18jährigen mit 7,1 Prozent aller versus 8,9 Prozent der schizophrenen Aufnahmen. Erhebliche Abweichungen zeigen sich vor allem in der Altersgruppe der 18-29jährigen und der über 50jährigen: Während die 18-29jährigen im Vergleichszeitraum 1940-44 in der Gesamtgruppe der aufgenommenen Männer rund 28 Prozent der Aufnahmen stellen, sind es in der Gruppen der schizophrenen Patienten knapp 46 Prozent. Bei den über 50jährigen verhält es sich hingegen gerade umgekehrt: Stellen sie bei den Gesamtaufnahmen circa 17 Prozent, so sind es in der speziell untersuchten Gruppe gerade einmal knapp ein Prozent (das entspricht absolut auch genau einem Patienten).

Bei den 30-50jährigen sind die Abweichungen nicht mehr ganz so groß: Hier stehen gut 47 Prozent der Gesamtgruppe einem Anteil von rund 42 Prozent der Schizophreniepatienten gegenüber.

### *Einordnung in den Gesamtkontext*

Bezogen auf alle Aufnahmen sind die Schizophreniepatienten mit einem Durchschnittsalter von 28,7 Jahren also wesentlich jünger. Welche Erklärung lässt sich dafür finden?

---

<sup>218</sup> Remschmidt S. 607. Direkt vergleichbar waren wegen der unterschiedlichen Zeitkonzeption nur die Jahre 1940-1944. Alle folgenden Angaben beziehen sich auf diesen Zeitraum.

Die auf den ersten Blick am nächsten liegende Erklärung ist – verbunden mit einem hohen Anteil von Erst- und Zweitaufnahmen – das häufig junge Erstmanifestationsalter der Schizophrenie.<sup>219</sup> Dies deckt sich in etwa auch mit den Ergebnissen der Wittenauer Untersuchung. Dort lag zwar das durchschnittliche Alter der schizophrenen Männer mit 34,6 Jahren etwas höher, im Vergleich waren die Schizophreniepatienten jedoch auch dort wesentlich jünger als der Durchschnitt der aufgenommenen Patienten.<sup>220</sup>

In der Statistik aller stationären Aufnahmen bei Remschmidt fiel auf, dass die Altersverteilung der *Soldaten* erheblich von der Gesamtverteilung abwich und eher der Gesamtverteilung schizophrener Patienten ähnelte.<sup>221</sup> Es ergab sich daher dort die Vermutung, dass das niedrige Durchschnittsalter auch durch den hohen Anteil von Soldaten zu begründen sei – eine Vermutung, die sich hier so nicht bestätigen ließ; denn die Altersverteilung schizophrener Wehrmatsangehöriger zeigte mit 51 Prozent ein leichtes Überwiegen der Altersgruppe der 30-50jährigen.<sup>222</sup>

Betrachtet man jedoch nicht nur Soldaten, sondern alle Lazarettpatienten, so ergibt sich folgendes Bild: Es zeigt sich, dass vor allem Angehörige des Reichsarbeitsdienstes zur Senkung des Altersdurchschnitts beitrugen (drei waren jünger als 18 Jahre und zwei zwischen 18 und 29 Jahren), während die beiden Angehörigen der Wehrhilfsorganisationen zwischen 30 und 50 Jahre alt waren. Das Alter der im Lazarett behandelten Kriegsgefangenen lag zwischen 18 und 29 Jahren. Bei einem Gefangenen fehlte allerdings die Altersangabe.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass das auffällig junge Alter der Schizophreniepatienten am ehesten durch das frühe Manifestationsalter der Erkrankung zu begründen ist. Ein wesentlicher Altersunterschied zwischen Soldaten und Zivilisten – wie in der Gesamtverteilung aller stationären Aufnahmen – manifestiert sich nicht. Einzig die

---

<sup>219</sup> Für die Manifestation der Schizophrenie wird ein Altersgipfel für Männer zwischen dem 15./20.-25. Lebensjahr und für Frauen ungefähr zehn Jahre später angegeben. – Zu den Erst- und Zweitaufnahmen s. noch Kapitel C.II.2.2.

<sup>220</sup> Das Durchschnittsalter der schizophrenen Patienten der Wittenauer Heilstätten lag 13 Jahre unter dem Durchschnitt aller Patienten. (Giel S. 408f.) Vgl. dazu auch Beddies 1999b S. 284. Das im Vergleich zu Marburg etwas höhere Durchschnittsalter der schizophrenen Patienten könnte mit einem höheren Anteil von Patienten mit Mehrfachaufnahmen zu begründen sein. Vgl. dazu Kapitel C.II.2.2.

<sup>221</sup> Zwischen 18 und 29 Jahren waren 50,8 Prozent der Soldaten, zwischen 30 und 50 Jahren 45,5 Prozent, älter als 50 Jahre waren nur 1,9 Prozent und jünger als 18 Jahre nur 1,7 Prozent der Soldaten. (Remschmidt S. 607. Fehlende an 100 Prozent durch Rundungsfehler.)

<sup>222</sup> 46 Prozent der hier untersuchten schizophrenen Soldaten waren zwischen 18 und 29 Jahren. Jünger als 18 und älter als 50 Jahre war kein schizophrener Soldat. Fehlende an 100 Prozent: Bei drei Prozent der Patienten war im Aufnahmebuch keine Angabe zum Alter verzeichnet.

Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes fallen als besonders junge Patientengruppe ins Auge.

**Tabelle 18: Altersverteilung der schizophrenen Patienten laut Aufnahmebuch; in Klammern die Verteilung der ausgewerteten Patientenakten**

Aufnahmejahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
< 18a:				/				
Wehrmachtsang.	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicht-W-ang.*	<u>1 (0)</u>	<u>1 (0)</u>	<u>4 (2)</u>	<u>0</u>	<u>2 (1)</u>	<u>3 (1)</u>	<u>1 (0)</u>	<u>12 (4)</u>
Gesamt	1 (0)	1 (0)	4 (2)	0	2 (1)	3 (1)	1 (0)	12 (4)
18-29a:								
Wehrmachtsang.	1 (1)	6 (4)	5 (3)	5° (2)	1 (1)	2 (2)	0	20 (13)
Nicht-W-ang.	<u>3 (3)</u>	<u>8 (3)</u>	<u>9 (5)</u>	<u>6 (3)</u>	<u>5 (3)</u>	<u>5 (4)</u>	<u>0</u>	<u>36 (21)</u>
Gesamt	4 (4)	14 (7)	14 (8)	11° (5)	6 (4)	7 (6)	0	56 (34)
30-50a:								
Wehrmachtsang.	0	4 (3)	5 (4)	2 (3)°	3 (3)	5 (3)	1 (1)	20 (17)
Nicht-W-ang.	<u>0</u>	<u>3 (2)</u>	<u>10 (8)</u>	<u>3 (2)</u>	<u>6 (5)</u>	<u>5 (5)</u>	<u>1 (1)</u>	<u>28 (23)</u>
Gesamt	0	7 (5)	15 (12)	5 (5)°	9 (8)	10 (8)	2 (2)	48 (40)
> 50a:								
Wehrmachtsang.	0	0	0	0	0	0	0	0
Nicht-W-ang.	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1 (1)</u>	<u>0</u>	<u>1 (1)</u>
Gesamt	0	0	0	0	0	1 (1)	0	1 (1)
Keine Angabe:								
Wehrmachtsang.	0	1 (0)	0	0	0	0	0	1 (0)
Nicht-W-ang.	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1 (0)</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1 (0)</u>	<u>0</u>	<u>2 (0)</u>
Gesamt	0	1 (0)	1 (0)	0	0	1 (0)	0	3 (0)**
Gesamt	5 (4)	23 (12)	34 (22)	16 (10)	17 (13)	22 (16)	3 (2)	120 (79)

\* Nicht-W(ehrmachts)-ang(ehörige) = Zivilisten, Angehörige von Wehrhilfsorganisationen, Kriegsgefangene, Zwangsarbeiter sowie Patienten ohne Angabe zur Wehrmachtzugehörigkeit

° Patientenakte 42049: nach Aufnahmebuch 1914 geboren, laut Akte 1910 geboren. Der Patient wurde entsprechend der jeweiligen Angabe eingeordnet, auch wenn dies zu Unstimmigkeiten in der Verteilung führt. Welche Angabe letztlich die richtige ist, lässt sich im Nachhinein nicht mehr verifizieren. Diesem Umstand wurde somit Rechnung getragen.

\*\* Obwohl bei vier Patienten die Angabe des Geburtsdatums fehlt, sind nur drei Patienten ohne Altersangabe aufgeführt. Das liegt daran, dass bei einem Patienten im Aufnahmebuch zwar das Geburtsdatum fehlt, aber das Alter angegeben ist. Bei den drei anderen Patienten fehlen beide Angaben.

### 1.3 Familienstand

Die folgenden Zahlen gelten sowohl für die Daten aus dem Aufnahmebuch mit allen schizophrenen Patienten als auch für die hier ausgewerteten Patientenakten:<sup>223</sup>

<sup>223</sup> Die Auswertung des Familienstandes ergab acht Unterschiede zwischen Aufnahmebuch und ausgewerteten Akten: In vier Fällen, in denen im Aufnahmebuch als Familienstand „ledig“ angegeben war, fand sich in den Akten dazu keine Aussage. Umgekehrt wurden vier Patienten in den ausgewerteten Patientenakten als ledig klassifiziert, denen im Aufnahmebuch zweimal „keine Angabe“ und zweimal verheiratet zugeordnet wurden. In der Summe hoben sich diese Unterschiede wieder auf bzw. fielen prozentual nicht ins Gewicht. In sechs der acht Fälle begründet sich der Unterschied in einer lückenhaften

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (ca. 64 Prozent) war bei Aufnahme ledig. Die zweitgrößte Gruppe mit ca. 26 Prozent stellten die Verheirateten. Je ein Patient war geschieden oder verwitwet (ca. ein Prozent), in knapp neun Prozent der Fälle fand sich keine Angabe zum Familienstand. Auch für die schizophrenen Soldaten zeigte sich eine ähnliche Verteilung mit zwei Drittel ledigen zu einem Drittel verheirateten Patienten.

Betrachtet man die Zahlen der Wittenauer Patienten, so kommt man zu einem vergleichbaren Ergebnis: Dort waren 60,1 Prozent der schizophrenen Männer ledig, während der Prozentsatz aller ledigen Männer in der Gesamtuntersuchung nur bei 25,4 Prozent lag.<sup>224</sup> Dementsprechend waren in Wittenau nur 30,1 Prozent aller schizophrenen Patienten verheiratet, während sich unter allen untersuchten Patienten 44 Prozent Verheiratete fanden.

Der hohe Prozentsatz von unverheirateten Patienten passt ebenfalls zum frühen Manifestationsalter der Schizophrenie und dem somit überwiegend jungen Patientenkontext.

#### 1.4 Schule und Beruf

Angaben zum Schulbesuch finden sich fast nur in den Krankengeschichten, während der aktuell ausgeübte Beruf auch in den Aufnahmebüchern verzeichnet ist. Dort wiederum ist bei Lazarettpatienten als Beruf nur „Soldat“ und der zugehörige Rang angegeben. Eine Aufschlüsselung der Gesamtheit der Soldaten in ihre Zivilberufe ist also nicht möglich. Aus diesen Gründen beziehen sich die Schul- und Berufsangaben vor allem auf die hier ausgewerteten Patientenakten. Ein Vergleich sowie eine Einordnung dieser Angaben innerhalb der Marburger Klinik ist deshalb nur beschränkt möglich.

##### 1.4.1 Schule

Die Angaben zum Schulbesuch sind häufig ungenau. Bei der Auswertung war die höchste bzw. zuletzt besuchte Schulform maßgeblich. Bei zwölf Patienten findet sich zum Schulbesuch keine Angabe, bei 43 nur eine unbestimmte oder ungenaue Angabe, wie z.B. „ist in der Schule gut mitgekommen“, „1x sitzengeblieben“, ohne die besuchte Schulform (beispielsweise Volksschule) explizit zu erwähnen. In einem dieser Fälle ist

---

Dokumentation entweder in Aufnahmebuch oder Akte. Nur in zwei Fällen sind die Angaben des Aufnahmebuchs grundsätzlich verschieden. In diesen Fällen wurde den Aussagen in der Akte ein höherer Aussagegrad zugemessen.

<sup>224</sup> Giel S. 413. Eine Gesamtverteilung bezogen auf den Familienstand für alle Patienten der Marburger Universitätsnervenklinik liegt leider nicht vor. Die Ergebnisse dürften jedoch mit denen der Wittenauer Heilstätten vergleichbar sein.

– wegen des Studentenstatus des Patienten – allerdings klar, dass der Patient eine zum Abitur führende Schule besucht haben muss.<sup>225</sup> Genaue Angaben zur besuchten Schulform finden sich bei 24 Patienten. Davon wiederum haben sieben Patienten eine zum Abitur führende Schule besucht. Eine etwas genauere Aufschlüsselung gibt Tabelle 19.<sup>226</sup>

**Tabelle 19: Besuchte Schulformen (n=79)**

<i>Schulform</i>	<i>Patientenzahl</i>
Keine Angabe	12
Ungenau/unbestimmte Angabe*	43
Volksschule	11
Weiterführende Schulen <sup>°</sup>	13
- davon bis zum Abitur führend	7

\* Wie z.B. „ist in der Schule gut mitgekommen“, „1x sitzengeblieben“.

<sup>°</sup> Als „weiterführende Schulen“ galten auch Handelsschulen, Ackerbauschulen, Lehrerseminare, etc.

Rechnet man den erwähnten Studenten mit, so besuchten knapp 18 Prozent der Patienten eine weiterführende Schule. Eine zur Hochschulreife befähigende Schule war dies jedoch nur in acht Fällen (das entspricht gut zehn Prozent aller untersuchten Patientenakten). Von diesen acht Patienten hatten wiederum drei die Schule nicht abgeschlossen und zwei waren zum Zeitpunkt der Aufnahme noch Schüler.

Bei den Patienten ohne Angabe zum Schulbesuch sowie bei den Patienten mit unbestimmten Angaben ist – bezogen auf die später ausgeübte Tätigkeit – zum überwiegenden Teil davon auszugehen, dass diese eine Volksschule besucht haben. Vermutlich war der Besuch der Volksschule als vorherrschende Schulform so selbstverständlich, dass man dies nicht mehr explizit notierte, sondern vor allem davon abweichende Schulformen genauer dokumentierte. Geht man von dieser Vermutung aus, dann hätten rund 80 Prozent der Patienten eine Volksschule besucht. In dieser Größenordnung liegen auch die Zahlen der Wittenauer Untersuchung mit 75,4 Prozent Volksschulbesuch aller Männer und 76,8 Prozent der schizophrenen Männer.<sup>227</sup> Auffällig ist dort jedoch, dass der Anteil der schizophrenen Männer, die ein Gymnasium besuchten, bei 20,8 Prozent und damit doppelt so hoch wie in Marburg liegt. Diese Zahl ist allerdings auch im klinikinternen Vergleich der Wittenauer Heilstätten mit einem Gesamtanteil von 13,2 Prozent Männer, die ein Gymnasium besuchten, hoch. Bezogen auf den Gesamtanteil der

<sup>225</sup> Patientenakte 44279.

<sup>226</sup> Rechnet man die Mehrfachaufnahmen heraus, so muss man zwei Patienten bei „ungenau/unbestimmte Angabe“ und einen Patienten bei „keine Angabe“ abziehen. Die dadurch bedingte Änderung der prozentualen Verhältnisse ist zu vernachlässigen.

<sup>227</sup> Beddies 1999b S. 324, Giel S. 411. Diese Angaben beziehen sich auch auf die nachfolgenden Zahlen.

Wittenauer Patienten, die ein Gymnasium besuchten, liegt die Marburger Zahl an Gymnasiasten also nur leicht darunter. Da entsprechende Vergleichszahlen für alle Marburger Patienten fehlen, ist eine Einordnung der Marburger Verteilung schwierig. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang jedoch die von Müller postulierte Abhängigkeit von sozialer Stellung und Diagnose, die eine Erklärung für das etwas schlechtere Bildungsniveau der Marburger schizophrenen Patienten darstellen könnte.<sup>228</sup>

#### 1.4.2 Beruf

Die Kategorisierung der Berufsangaben war wesentlich schwieriger als die zuvor vorgenommenen Einteilungen. Dies liegt einerseits an der Vielzahl der angegebenen Berufe und den damit einher gehenden Problemen der Kategorisierung, andererseits aber auch an der häufig mit den Berufen verknüpften sozialen Komponente. Im konkreten Fall bedeutet dies bei der gewählten Einteilung, dass sich gerade unter dem Überbegriff „Arbeiter und Handwerker“ sehr unterschiedliche soziale Schichten verbergen können. Es erfolgte trotzdem eine Anlehnung an diese gängige Kategorisierung, um eine allgemeinere Vergleichbarkeit gewährleisten zu können.<sup>229</sup>

Maßgeblich für die Einteilung war die zuletzt ausgeübte Berufstätigkeit. Schüler und Studenten wurden als nicht berufstätig im eigentlichen Sinne unter „Sonstige“ aufgeführt.

Für die hier ausgewerteten Patientenakten ergab sich demnach folgende Verteilung:<sup>230</sup>

**Tabelle 20: Berufsangaben in den ausgewerteten Patientenakten (n=79)**

Arbeiter und Handwerker	Angestellte	Selbständige/ freie Berufe	Beamte	Bauern	Sonstige
46 (58,2%)	12 (15,2%)	5 (6,3%)	5 (6,3%)	7 (8,9%)	4 (5,1%)

Wie bereits beschrieben, lassen die Aufnahmebücher keine Gesamtverteilung der Berufsangaben aller schizophrenen Patienten zu, sondern nur eine Verteilung der schizo-

<sup>228</sup> Vgl. dazu auch Fußnote 236.

<sup>229</sup> In der Untersuchung zu den Wittenauer Heilstätten fand in Anlehnung an die Publikation von Hohls eine differenziertere Aufteilung nach Berufsgruppen und sozialer Schicht statt. Dörries 1999b S. 215. In Bezug auf die Schizophreniepatienten war dies jedoch nur ansatzweise möglich; es erlaubt sich hier daher kein Vergleich. Giel S. 411f.

<sup>230</sup> Rechnet man die Mehrfachaufnahmen heraus, so muss man drei Patienten bei „Arbeiter und Handwerker“ abziehen. Die daraus folgenden prozentualen Verschiebungen sind zu vernachlässigen.

phrenen Nicht-Lazarettpatienten. Zu dieser Verteilung zeigen sich – unter Berücksichtigung der niedrigen Fallzahlen – keine wesentlichen Unterschiede.

Die bereits erwähnten Probleme der Kategorisierung, eine fehlende Vergleichsmöglichkeit zur Gesamtgruppe aller in die Marburger Nervenlinik aufgenommenen Patienten sowie die niedrigen Fallzahlen machen auch hier eine Einordnung in den Gesamtkontext schwierig. Bezieht man trotz dieser (erheblichen) Einschränkung die erhobenen Daten auf die Berufsgruppen der Gesellschaft der damaligen Zeit, so fällt bei den hiesigen Zahlen ein etwas höherer Prozentsatz an Arbeitern und Handwerkern auf, auch wenn die Grundverhältnisse in etwa gewahrt bleiben.<sup>231</sup> Dieses Ergebnis ist somit analog zu dem der besuchten Schulform zu sehen.

## 1.5 Dienstgrade

Ausweislich der ausgewerteten Patientenakten gehörten 30 Patienten aktiv der Wehrmacht an. Mindestens acht Patienten waren bereits aus der Wehrmacht entlassen und wurden in der zivilen Abteilung der Universitätsnervenlinik behandelt.

Die Dienstgrade schizophrener Soldaten sind im Aufnahmebuch und in den ausgewerteten Patientenakten prozentual (in etwa) gleich verteilt.<sup>232</sup>

In den Akten fanden sich 15 untere und elf höhere Mannschaftsdienststränge sowie vier Unteroffiziersgrade: drei Unteroffiziere und ein Sanitätsfeldwebel. Die Angaben in den Aufnahmebüchern stimmen weitestgehend mit den erhobenen Daten in den Akten überein.<sup>233</sup> Als einziger gravierender Unterschied findet sich in den Akten bei einem – laut Aufnahmebuch – Unteroffizier der Dienstgrad „Schütze“ wieder (dieser ist allerdings mit einem Fragezeichen versehen).<sup>234</sup> Unter den Patienten, die schon aus der Wehrmacht ausgeschieden waren, ist auch ein Patient mit einem Offiziersrang verzeichnet: ein ehemaliger (schon für dienstunfähig erklärter) Oberleutnant.<sup>235</sup> Dieser war

---

<sup>231</sup> Vgl. dazu Pleticha S. 183.

<sup>232</sup> Vgl. dazu auch C.I.1.

<sup>233</sup> Bei vier Patienten ergaben sich Unterschiede in der Dienstgradbezeichnung zwischen Aufnahmebuch und Akten, die allerdings insofern nicht relevant waren, da sie die Ranggruppenzuteilung nicht beeinflussten (z.B. „Soldat“ im Aufnahmebuch und „Schütze“ in den Akten). Patientenakten 40408, 40677, 41602, 42269.

<sup>234</sup> Patientenakte 43585.

<sup>235</sup> Patientenakte 44157.

als Zivilist (im bürgerlichen Beruf „Lehrer“) über die private Sprechstunde zur Aufnahme gekommen.

Analog präsentieren sich auch die bürgerlichen Berufe der aufgenommenen Soldaten:

**Tabelle 21: Berufsangaben der aufgenommenen Soldaten (n=30; Prozentangaben: Fehlende an 100% durch Rundungsfehler)**

Arbeiter und Handwerker	Angestellte	Selbständige/ freie Berufe	Beamte	Bauern	Sonstige
18 (60%)	3 (10%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	0

Es fällt also auf, dass sich bei allen aktiven Soldaten, die – laut Aufnahmebuch – als schizophren diagnostiziert wurden, kein einziger Angehöriger eines Offiziersgrades und somit einer höheren Ranggruppe wiederfindet. Dies ist eine Tendenz, die mit der oben beschriebenen Verteilung der Schul- und Berufsbildung sowie mit den Ergebnissen Müllers zur Marburger Militärpsychiatrie korrespondiert und für die Müller eine Abhängigkeit der Diagnosenvergabe vom sozialen Status schlussfolgerte.<sup>236</sup>

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass niedrigere Dienstgrade per se häufiger vorzufinden waren, so dass das Fehlen höherer Ranggruppen auch allein im Rahmen der Statistik interpretierbar ist.<sup>237</sup>

<sup>236</sup> Vgl. dazu auch Müller S. 115ff.: Müller nahm eine Einteilung der Diagnosen nach Sozialgruppen und Dienstgraden vor und konnte damit zeigen, dass Erkrankungen, die unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fielen, sowie Neurosedidiagnosen in höheren sozialen Schichten unterrepräsentiert waren, während umgekehrt sogenannte „Zwischendiagnosen“ in dieser Gruppe überrepräsentiert waren. Müller zieht daraus den Schluss, dass Diagnosen in hohem Maße abhängig vom Grad der sozialen Nähe zwischen Ärzten und Patienten waren.

Für diese Annahme spricht beispielsweise der Fall eines Majors, der die Klinik mit der Grenzdiagnose eines „sensitiven Beziehungswahns“ verließ. (Patientenakte 41825.)

Auf die Frage nach der Abhängigkeit von sozialer Schicht und Diagnose soll in Kapitel C.III.1.1 noch einmal eingegangen werden.

<sup>237</sup> Nach Wette stellten Mannschaftssoldaten und Unteroffiziere mindestens 97 Prozent aller Soldaten. (Wette S. 176f.)

## 2. Administrative Daten: Der Kontakt mit der Klinik

In diesem Kapitel sollen die äußeren Umstände des Klinikaufenthaltes der Patienten näher beleuchtet werden: Wie kamen die Patienten in die Klinik, wie lange blieben sie, und wohin wurden sie entlassen? Dabei soll insbesondere auf Hinweise geachtet werden, die die besondere Situation der Marburger Klinik als Lazarett und als Universitätsnervenklinik illustrieren.

### 2.1 Einweisung

Aufgrund der Teilung der Marburger Klinik in eine Lazarett- und eine Zivilabteilung sollen entsprechend auch die Aufnahmewege getrennt dargestellt werden.

Betrachtet man zuerst die unterschiedlichen Gruppen des Lazaretts, so gelangten die Wehrmachtsangehörigen entweder direkt von der Truppe (über den Truppenarzt) oder über die Zwischenstation eines anderen Reservelazaretts zur Aufnahme. Das Verhältnis der beiden Aufnahmewege war dabei mit 16:14 Patienten ungefähr gleich. Von den Angehörigen der Wehrhilfsorganisationen kam ein Patient über die Zwischenstation eines anderen Lazaretts, ein anderer kam zur Begutachtung und wurde vom Amtsgericht Marburg eingewiesen. Die Angehörigen des Reichsarbeitsdienstes wurden direkt vom jeweiligen RAD-Lager geschickt und die Kriegsgefangenen direkt aus den Gefangenenlagern (zumindest bei einem Patienten ist dabei ein Lagerarzt erwähnt). Schließlich zählt zu den Lazarettpatienten noch ein weiterer Patient, der von einem niedergelassenen Arzt ins Lazarett eingewiesen wurde, obwohl er zu diesem Zeitpunkt eigentlich schon kein aktiver Soldat mehr war.

Vergleicht man diese Zahlen mit den Aufnahmewegen der Soldaten mit Neurose-diagnosen, so fällt auf, dass zwar auch bei diesen Patienten die Aufnahmen direkt von der (Ersatz-)Truppe oder aus einem anderen Lazarett mit insgesamt 89 Prozent die Hauptaufnahmewege darstellten. Das Verhältnis dieser Aufnahmewege ist jedoch ein anderes: So kamen deutlich weniger „Neurosepatienten“ direkt von einem Truppenteil, dafür aber mehr aus anderen Lazaretten, die in der Regel auch keine psychiatrischen Lazarette waren.<sup>238</sup> Dies verdeutlicht den unterschiedlichen Charakter der Erkrankungen: Viele in Marburg behandelte „Neurosepatienten“ klagten zunächst über körperliche

---

<sup>238</sup> Müller S. 105f.

Beschwerden, die in entsprechenden Lazaretten zuerst abgeklärt wurden, bevor die Patienten unter dem Verdacht einer „Organneurose“ in die Psychiatrie überwiesen wurden.<sup>239</sup> Bei schizophrenen Patienten war demgegenüber vermutlich der psychiatrische Hintergrund der Erkrankung augenfälliger und es erfolgte eher eine direkte Einweisung ohne Umwege über Lazarette anderer Fachrichtungen.

Die verbleibenden 41 zivilen Patienten fanden ihren Weg auf unterschiedliche Weise in die Klinik: Die meisten (23 Patienten) wurden durch einen namentlich genannten niedergelassenen Arzt eingewiesen (ohne Gebietsbezeichnung), zwei weitere durch einen nicht näher spezifizierten „Kassenarzt“ bzw. Betriebsarzt. 61 Prozent der Patienten kamen also auf Veranlassung eines ambulant tätigen Arztes. Im Rahmen von Begutachtungen wurden insgesamt neun Patienten (22 Prozent) eingewiesen: drei durch Versicherungen, zwei über das Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsamt, zwei durch Erbgesundheitsgerichte, einer durch ein Amtsgericht und einer von der Gestapo in Kassel. Weitere fünf Patienten kamen über verstreute Wege: einmal durch Überweisung einer anderen Klinik, einmal über die private Sprechstunde der Nervenlinik; drei durch Selbst- oder Angehörigeneinweisung. Für die verbliebenen zwei Patienten fanden sich zum Einweisungsmodus keine Angaben in der Akte.

Ein Vergleich mit den Wittenauer Daten ist hier schwierig, da es für die Schizophreniepatienten keine gesonderte Aufstellung zum Aufnahmemodus gibt, sondern nur eine Aufschlüsselung bezogen auf alle Patienten.<sup>240</sup>

## 2.2 Anzahl der Klinikaufenthalte

Die Anamnese gab häufig Aufschluss darüber, ob der Patient sich zum ersten Mal in einer Nervenlinik befand oder ob er schon einen oder mehrere Aufenthalte hinter sich hatte. Dabei ergab sich, dass es für gut die Hälfte der Patienten (40) der erste Aufenthalt und für 23 Patienten der zweite Aufenthalt in einer Nervenlinik war.<sup>241</sup> Für ungefähr 80 Prozent der Patienten war es somit der erste oder zweite Aufenthalt in einer Nerven-

---

<sup>239</sup> Müller S. 105f. Zu den psychosomatischen Störungen bei Wehrmachtssoldaten vgl. auch Riedesser S. 117ff.

<sup>240</sup> Dort stellte die Verlegung aus einem anderen Krankenhaus mit ca. 33 Prozent den Hauptaufnahmeweg dar. (Beddies 1999b S. 237ff.)

<sup>241</sup> Zu diesen „Erstaufhalten“ zählt auch ein aus dem Reserve-Lazarett Gießen über Marburg in eine Landesheilanstalt weiterverlegter Patient. Da seine Erkrankung erstmals diagnostiziert wurde und die Verlegung in diesem Rahmen erfolgte, soll er nicht in der Gruppe der gesonderten „Zweitaufhalte“ aufgeführt werden. Patientenakte 41705.

linik. Für fünf Patienten, die bereits ein zweites Mal in eine Nervenlinik aufgenommen wurden, ist dabei allerdings zu berücksichtigen, dass bei den Voraufnahmen keine Schizophrenie diagnostiziert wurde.<sup>242</sup> Beachtet man dies, so befanden sich 57 Prozent der Patienten wegen einer erstmals diagnostizierten Schizophrenie in Behandlung.

Die übrigen 16 Patienten verteilen sich wie folgt: Für sieben Patienten war es der dritte Aufenthalt, für drei der vierte und für jeweils einen der fünfte, sechste oder siebte Aufenthalt in einer Nervenlinik.<sup>243</sup> Drei Patienten ließen sich nicht sicher zuordnen.

Für einen Patienten mit einem vierten Aufenthalt und für die Patienten des fünften, sechsten oder siebten Aufenthalts war der Aufnahmegrund jeweils eine Begutachtung. Vier der sieben Patienten, die zum dritten Mal in eine Nervenlinik aufgenommen wurden, kamen ebenfalls zur Begutachtung/Beobachtung. Das heißt, für acht von 13 Patienten, die mehr als zwei Aufenthalte in einer Nervenlinik vorzuweisen haben, erfolgte die Aufnahme ohne akute Krankheitszeichen im Rahmen einer Begutachtung.

Betrachtet man nur die Verteilung der Wehrmatsangehörigen, so ergibt sich, dass es für 23 Patienten (knapp 77 Prozent) die erste Aufnahme in eine Nervenlinik war. Für vier Soldaten war es die zweite Aufnahme und für drei die dritte. Unter letzteren fanden sich zwei Begutachtungen.

Diese Zahlen verdeutlichen, welche große Rolle die Universitätsnervenlinik bei der Erstversorgung und Diagnostizierung psychiatrisch erkrankter Patienten spielte.

Im Vergleich dazu zeigt sich zwar auch in der Wittenauer Klinik ein relativ hoher Anteil an Erstaufnahmen unter den schizophrenen Patienten (48,3 Prozent); allerdings war der Anteil der Patienten mit zwei oder mehr Aufenthalten höher.<sup>244</sup> Dabei ist zusätzlich zu beachten, dass ein hoher Prozentsatz der Marburger Patienten mit mehreren Aufenthalten nur zur Begutachtung kam.

---

<sup>242</sup> Dies galt für folgende Patientenakten (mit den nachfolgenden Vordiagnosen): 44279 (schizoide Psychopathie/atypische Psychose), 43412 (paranoides Zustandsbild), 43562 (Aggravation), 41116 (sensitiver Beziehungswahn auf schizoider Persönlichkeit), 45083 (Nervenzusammenbruch).

<sup>243</sup> Für die Patienten mit Mehrfachaufenthalten galt folgende Verteilung: Patientenakten 40380/41586 (3./4. Aufenthalt); 40737/42248 (2./3. Aufenthalt); 41634/44196 (6./7. Aufenthalt).

<sup>244</sup> Giel S. 409.

Dieses Selbstverständnis einer Universitätspsychiatrie, die vor allem für akute Erkrankungen und Erstdiagnostizierungen zuständig ist, spiegelt sich auch in den untersuchten Krankengeschichten ganz konkret wider:

**Johannes M.**<sup>245</sup> wurde im August 1942 das erste Mal in eine Nervenlinik aufgenommen. Die Entlassung erfolgte im Oktober 1942 aus der Marburger Universitätsnervenlinik mit der vagen Diagnose eines „paranoiden Zustandsbildes“. Acht Monate später wurde der Patient „nach mehrfachen Erregungszuständen“ erneut eingewiesen. Zusammenfassend kam man diesmal am 24.7.1943 zum Schluss, dass es sich um eine paranoide Schizophrenie handele:

„(...) M. kommt nach einer ersten Behandlung im Herbst 42 jetzt nach mehrfachen Erregungszuständen erneut zur Aufnahme. Das Bild wurde damals als paranoides Zustandsbild aufgefasst. Inzwischen haben sich deutlichere Anzeichen für einen spezifischen Prozess ergeben. Der Akzent liegt neben den inhaltlichen (s. altes Krankenblatt) auch auf Störungen der Motorik und Affektivität. Im ganzen verhielt sich M. auf der Station ruhig. Erregungszustände sind hier nicht aufgetreten. Eine Elektroschockbehandlung brachte kaum Änderung im Zustandsbild. Pat. wurde als arbeitsfähig wieder nach Hause entlassen. Meldung an den Amtsarzt ist erfolgt.“

Der Arztbrief an den behandelnden Arzt Dr. Derichs in Allendorf wurde mit dem Zusatz versehen:

„(...) und bitten den Pat. bei Rückfälligkeiten gleich nach der hiesigen Landesheilanstalt zu überweisen.“

Hatte man die Diagnose also erst einmal „sicher“ gestellt und zeigten die durchgeführten Therapien keinen Erfolg, so war man für die weitere Behandlung und Betreuung nicht mehr zuständig, sondern verwies auf die Landesheilanstalt.

### 2.3 Länge des Aufenthalts

Die Länge des Aufenthalts variierte zwischen zwei und 243 Tagen. Im Durchschnitt blieben die Patienten 64 Tage in Behandlung. Der Median lag bei 42,5 Tagen. Müller kam in seiner Untersuchung bei Lazarettpatienten der Marburger Universitätsnervenlinik auf eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 47,5 Tagen.<sup>246</sup>

---

<sup>245</sup> Patientenakte 43412.

<sup>246</sup> Müller S. 67.

Im Vergleich dazu weicht die durchschnittliche Aufenthaltsdauer schizophrener Patienten in den Wittenauer Heilstätten stark ab: Dort lag diese nämlich für schizophrene Männer bei 335 Tagen.<sup>247</sup>

Diese ausgeprägte Diskrepanz erklärt sich auch hier am ehesten aus den unterschiedlichen Aufgaben hinsichtlich der Krankenversorgung in einer Universitätsnervenklinik, die sich vor allem um akute Erkrankungen kümmerte, und einer Anstalt, die Patienten auch längere Zeit „verwahrte“.

## 2.4 Entlassung

Es gab prinzipiell zwei Ausgänge aus der Universitätsnervenklinik: der erste Ausgang führte nach Hause und der zweite in eine andere Klinik:

(1) Betrachtet man alle Patienten zusammen, so wurden 46 Patienten (58,2 Prozent) mehr oder weniger direkt nach Hause entlassen.<sup>248</sup> Bei fünf Patienten ist der Entlassungsmodus nicht ganz klar, aber vermutlich wurden auch sie letztlich nach Hause geschickt.<sup>249</sup> Der überwiegende Teil der Patienten konnte also das Krankenhaus wieder verlassen. In der Regel erfolgte die Entlassung mit der Zustimmung (bzw. auf Veranlassung) der behandelnden Ärzte. In nur vier Fällen geschah dies gegen Revers.<sup>250</sup>

(2) 20 Patienten (25,3 Prozent) wurden in andere Kliniken verlegt. Hier ist eine Aufschlüsselung interessant, in welche Kliniken die Patienten kamen. Denn es machte einen Unterschied, ob man beispielsweise wegen Überbelegung des Lazaretts in ein anderes Lazarett zur Weiterbehandlung verlegt wurde oder wegen mangelnden Therapieerfolgs in eine Landesheilanstalt mit den dort lauenden Gefahren (Stichwort: „Euthanasie“):

In ein anderes Lazarett beziehungsweise eine andere psychiatrische (Universitäts-) Klinik zur Weiterbehandlung gingen neun Patienten. Dabei ist auch ein Patient, der wegen Platzmangels von der Universitätspsychiatrie in die Landesheilanstalt Marburg

---

<sup>247</sup> Beddies 1999b S. 252ff. Dort finden sich auch allgemeine Anmerkungen zu den zeitbedingten Änderungen der Aufenthaltsdauer sowie deren spezielle Entwicklung während des Zweiten Weltkrieges. Aufgrund dieses größeren zeitlichen Längsschnitts ist ein Vergleich der hier vorliegenden Ergebnisse mit oben genannter Zahl mit einer gewissen Einschränkung zu versehen. Eine Tendenz lässt sich damit jedoch auf jeden Fall aufzeigen.

<sup>248</sup> Dazu zählten auch Patienten, die man erst zur Truppe oder Heeresentlassungsstelle schickte, um sie von dort nach Hause zu entlassen. Eine genauere Aufschlüsselung des Entlassungsmodus für Soldaten findet sich weiter unten.

<sup>249</sup> Patientenakten 39523, 41096, 41130, 41270, 41590. Es handelt sich dabei um die beiden polnischen Zwangsarbeiter sowie um drei Soldaten.

<sup>250</sup> Patientenakten 39430, 40737, 44201, 44157.

kam.<sup>251</sup> Zwei Patienten wurden wegen schwerwiegender anderer Erkrankungen in eine nichtpsychiatrische Klinik verlegt.

Neun Patienten (11,4 Prozent) wurden wegen mangelnder Besserung in eine Landesheilanstalt geschickt, davon fünf Patienten in die Landesheilanstalt Marburg.<sup>252</sup>

Von den acht noch nicht klassifizierten Patienten verstarben zwei in der Klinik: einer an Diphtherie und ein anderer an den Nebenwirkungen der bei ihm durchgeführten Insulinkomatherapie. Weitere zwei gingen einsatzfähig zurück zur Truppe und die übrigen vier in eine Gefangeneinrichtung (Kriegsgefangenschaft oder Gefängnis).

Im Folgenden seien die Entlassungswege von Soldaten als spezieller Patientengruppe noch einmal gesondert herausgegriffen:

#### *Entlassungswege und Tauglichkeitsgrade von Soldaten*

Unter militärpsychiatrischen Aspekten sind die Entlassungswege (und die damit verbundenen Tauglichkeitsgrade) der Soldaten interessant. In seiner Untersuchung zur Militärpsychiatrie in Marburg konnte Müller zeigen, dass für als „Kriegsneurotiker“ diagnostizierte Patienten die Entlassung aus der Wehrmacht nach dem Klinikaufenthalt eher die Ausnahme blieb.<sup>253</sup> Für schizophrene Patienten, deren Erkrankung als kriegsunabhängig galt, würde man demgegenüber ein grundsätzlich anderes Verhalten erwarten. Dies deckt sich mit den im Folgenden erhobenen Zahlen:

Ein Drittel der Wehrmichtsangehörigen (zehn Patienten) ging zur Truppe oder Heeresentlassungsstelle, von wo aus sie endgültig aus der Armee entlassen werden sollten. Bei drei Patienten ist der weitere Werdegang nicht ganz klar, vermutlich wurden aber auch sie als dienstunfähig zurück zur Truppe geschickt.<sup>254</sup> Nur zwei Soldaten gingen als einsatzfähig zurück zu ihrem Truppenteil.

In andere Kliniken wurden insgesamt zwölf Soldaten verlegt: fünf in Landesheilanstalten (einer davon in die Landesheilanstalt Marburg), einer in die Universitätsnerven-

---

<sup>251</sup> Patientenakte 40096.

<sup>252</sup> Genauere Angaben zu den Verlegungsgründen in die Landesheilanstalt Marburg finden sich in Kapitel C.II.4.

<sup>253</sup> Müller S. 233.

<sup>254</sup> Patientenakten 41096, 41130, 41270.

klinik Königsberg, fünf in das Reservelazarett IV der Landesheilanstalt Marburg<sup>255</sup> und einer wegen einer schweren Angina in die „Ohrenklinik“ Marburg.

Zwei Soldaten wurden am Ende des Krieges in amerikanische Kriegsgefangenschaft entlassen. Nur ein Soldat konnte direkt nach Hause gehen.<sup>256</sup>

Gekoppelt mit der Entlassung stellte sich die Frage nach der weiteren Kriegstauglichkeit. In der Regel fand sich in den Akten eine diesbezügliche Angabe. Dabei ergab sich folgendes Bild:

Von 30 Wehrmachtsangehörigen erhielten 23 einen Tauglichkeitsgrad, davon wurden 20 nach „U 15, 1 w.u.“, also wehruntauglich, klassifiziert und einer als „U 15,1 a.v.“, also als arbeitsverwendungsfähig.<sup>257</sup> Zwei weitere Fälle wurden – mit anderen Ziffern versehen – auch als wehruntauglich angesehen.<sup>258</sup>

Bei fünf Soldaten fand sich keine Angabe zum Tauglichkeitsgrad und bei zweien nur eine ungenaue Angabe.<sup>259</sup> Von den beiden letzteren wurde einer als dienstunfähig und einer als dienstfähig tituliert.

Es wurde also nur ein Wehrmachtsangehöriger als dienstfähig entlassen, allerdings mit der Auflage,

„dass M. sofort wieder in das Lazarett eingewiesen werden soll, sobald er wieder irgendwie auffällig werden sollte; es würde dann ein DU-Verfahren eingeleitet werden“.<sup>260</sup>

In der Epikrise wurde neben dem Tauglichkeitsgrad auch der Frage einer Wehrdienstbeschädigung nachgegangen (also ob die Erkrankung als vom Krieg verursacht anzusehen

---

<sup>255</sup> Begründungen für die Verlegung in das Reservelazarett IV: Weiterbehandlung, Nachbeobachtung, Entlassung. Für diese Patienten ist davon auszugehen, dass auch sie letztlich die Armee nach Hause verlassen konnten.

<sup>256</sup> Patientenakte 42507. (Der Patient blieb bis zum Ende des Dienstunfähigkeitsverfahrens in der Marburger Klinik und wurde dann direkt nach Hause entlassen.)

<sup>257</sup> In diesem Fall ging es um eine reine Begutachtung der Dienstfähigkeit. Der Patient war nicht wegen einer akuten Symptomatik eingewiesen worden. (Patientenakte 44085.)

<sup>258</sup> Diese wurden nach „U16,1 w.u.“ und „U17 (du)“ klassifiziert, wobei sich die Frage stellte, ob die angegebenen Ziffern ein Versehen waren, da die jeweils dazugehörigen Diagnosen nicht passten: 16 stand für Epilepsie, 17 für Restzustand nach Kinderlähmung, Rückenmarkerkrankung und Lähmungen; vgl. Rohr A 21ff.

<sup>259</sup> Von den fünf Soldaten, die keinen Tauglichkeitsgrad erhielten, wurden vier zur weiteren Beobachtung oder Behandlung in ein anderes Lazarett verlegt (davon drei in das Reservelazarett IV Marburg). Beim fünften Patienten erübrigte sich eine Tauglichkeitsangabe: er wurde in amerikanische Kriegsgefangenschaft entlassen. (Patientenakte 45083.)

Am Rande sei erwähnt, dass auch Angehörige der Wehrhilfsorganisationen Tauglichkeitsgrade erhielten. Dabei wurden die Arbeitsmänner des Reichsarbeitsdienstes als wehrunfähig und der TN-Mann als nicht arbeitsverwendungsfähiger Pflegefall beurteilt. Der NSKK-Schuhmacher kam aus anderem Grund zur Begutachtung.

<sup>260</sup> Patientenakte 41121. Der Patient war mit dem Verdacht auf eine Schizophrenie eingewiesen worden. In der Klinik konnte „kein sicherer Anhalt für eine beginnende Schizophrenie“ festgestellt werden und der Patient wurde wieder „zur Truppe“ entlassen.

sei). Entsprechend der damals gängigen Lehrmeinung der „Kriegsunabhängigkeit“ der Schizophrenie wurde eine Wehrdienstbeschädigung für die Schizophrenie in allen Fällen abgelehnt.

Zur Entlassung aus der Wehrmacht musste ein Dienstunfähigkeitsverfahren („DU-Verfahren“) eingeleitet werden, für das ein „Wehrmachtärztliches Zeugnis über Dienstunfähigkeit, Wehrdienstbeschädigung, Fürsorge und Versorgung (D.U.-Zeugnis)“ verfasst werden musste. Dieses lag konkret in sechs Fällen vor. In weiteren drei Fällen wurde das Dienstunfähigkeitsverfahren in Marburg eingeleitet. In den übrigen Fällen wurde das weitere Verfahren beispielsweise explizit an den Truppenarzt delegiert.<sup>261</sup>

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Mehrheit der Patienten die Klinik auf mehr oder weniger direktem Weg wieder verlassen konnte. Nur eine Minderheit der Patienten wurde in eine Landesheilanstalt verlegt. Hier wäre mit Blick auf die „Euthanasie“ interessant, ob sich die Zuweisungspraxis der Marburger Universitätsnervenklinik im Wissen um die Gefahren im entsprechenden Zeitraum verändert hatte. Leider ist eine Bewertung unter diesem Aspekt aufgrund der mangelnden Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Zeiträumen innerhalb der Marburger Klinik nicht möglich. Die hier recherchierten Daten mögen aber in gegebenenfalls nachfolgende Untersuchungen einfließen. Auch ein Vergleich mit den Ergebnissen der Wittenauer Heilstätten ist schwierig, da dort keine genaue Aufschlüsselung für Patienten mit Schizophreniediagnosen vorliegt. Männer allgemein wurden dort zu fünf Prozent in andere psychiatrische Anstalten verlegt.<sup>262</sup> Bezogen auf den gesamten Zeitraum verstarben in den Wittenauer Heilstätten 28,6 Prozent der schizophrenen Patienten.<sup>263</sup> Trotz des gemeinsamen Status als Haus der psychiatrischen Erstversorgung sowohl der Marburger Universitätsnervenklinik als auch der Wittenauer Heilstätten gibt die hohe Sterberate in der Wittenauer Klinik nochmals Hinweise auf ein unterschiedliches Patientenkontingent und die damit verbundenen unterschiedlichen Funktionen beider Kliniken.

Unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten zeigte sich, dass alle als (akut) schizophren diagnostizierten Patienten, die einen Tauglichkeitsgrad erhielten, als wehr-

---

<sup>261</sup> Bei entsprechender Entlassung der Patienten über „die Truppe“ oder Heeresentlassungsstelle.

<sup>262</sup> Beddies 1999b S. 268

<sup>263</sup> Giel S. 429.

untauglich galten und somit letztlich aus der Wehrmacht entlassen wurden.<sup>264</sup> Eine Wehrdienstbeschädigung wurde in diesem Zusammenhang nicht anerkannt.

### 3. Zusammenfassung: Persönliche und administrative Daten

Die bisherigen Ergebnisse sollen unter den Stichworten „Schizophrenie“, „Lazarett“ und „Universitätspsychiatrie“ nochmals zusammengefasst werden.

#### *Schizophrenie:*

Es zeigte sich ein „typisch“ schizophrenes Patientenkontingent: Die aufgenommenen Männer waren mit einem Altersdurchschnitt von 28,7 Jahren wesentlich jünger als der Durchschnitt aller aufgenommenen Männer der Marburger Universitätspsychiatrie und dementsprechend in der überwiegenden Mehrzahl unverheiratet.

Im Vergleich zu den Patienten der Wittenauer Heilstätten ist das Bildungsniveau der Marburger schizophrenen Patienten schlechter. Die Frage, ob dies Zufall ist oder ob sich daraus ein Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Diagnosevergabe für die Marburger Klinik ergibt,<sup>265</sup> lässt sich mit den eingeschränkten statistischen Möglichkeiten nicht beantworten. Der Frage soll jedoch an anderer Stelle nochmals nachgegangen werden.

#### *Lazarett:*

„(...) Die Klinik ist zur Zeit als Lazarett verwendet und kann daneben die Zivilbevölkerung nur unter der Voraussetzung einigermaßen mit versorgen, daß sie alle nicht mehr dringend klinikbedürftige Patienten sofort entlässt. Im übrigen entspricht die Klinik auch in Friedenszeiten vorwiegend dem Typus eines offenen Nervenkrankenhauses und nicht einer Heilanstalt. Die Räumlichkeiten auf der geschlossenen Abteilung reichen nur für die rasche Behandlung akuter Fälle, nicht aber zur längeren Internierung aus. (...)“<sup>266</sup>

---

<sup>264</sup> Dies entsprach der gängigen Lehrmeinung und deckt sich mit den Ergebnissen von Müller. (Müller S. 256.)

An dieser Stelle sei noch angemerkt, dass das „Psychopathenproblem“ allerdings auch ein wesentlich größeres war: Bezieht man sich auf die Zahlen von Müller, so wurde in der Marburger Universitätsnervenklinik 265 Mal eine Neurose-Diagnose für Soldaten vergeben. (Müller S. 104) Vergleicht man diese Zahl mit der Zahl der hier gefundenen schizophrenen Soldaten, so waren dies fast neunmal so viele. Schizophrene Soldaten spielten im Lazarett also eine eher untergeordnete Rolle.

<sup>265</sup> So Müller S. 115ff.

<sup>266</sup> Auszug aus einem Schreiben Kretschmers an den Amtsarzt des Gesundheitsamtes Kassel-Land vom 20.10.1941. (Patientenakte 41268.) Siehe dazu auch C.III.3.2.

Durch die Doppelfunktion der Nervenlinik mit einem Versorgungsauftrag für Zivil- und Lazarettpatienten ist – trotz eines leichten Überwiegens ziviler Patienten während des Untersuchungszeitraumes – davon auszugehen, dass es zu einer Einschränkung der zivilen Versorgung kam. Aus den oben zitierten Angaben Kretschmers lässt sich schließen, dass es dabei, neben der von Müller beschriebenen Reduzierung der Aufnahmen, auch zu einer Verkürzung der Liegezeiten kam. Da Vergleiche zur Vor- und Nachkriegszeit fehlen, lässt sich diese Vermutung jedoch nicht quantifizieren.

Bezogen auf die Militärpsychiatrie gibt die Häufigkeitsverteilung der schizophrenen Erkrankungen während des Krieges Hinweise für die postulierte Kriegsunabhängigkeit der Schizophrenie: Die Häufigkeit schizophrener Diagnosen nahm in dieser Zeit nicht zu. Die schizophrenen Soldaten wurden in der Regel als dienstunfähig anerkannt und zur Entlassung aus der Wehrmacht vorgeschlagen. Eine Wehrdienstbeschädigung als Verursacher für die Erkrankung wurde für die Schizophrenie abgelehnt.

#### *Universitätspsychiatrie:*

Grundsätzlich dürfte sich während des Krieges am Profil der behandelten Patienten und am Modus der Patientenaufnahme und -entlassung nicht viel geändert haben. Denn wie Kretschmer selbst schrieb, entsprach „die Klinik auch in Friedenszeiten vorwiegend dem Typus eines offenen Nervenkrankenhauses und nicht einer Heilanstalt“.

Das heißt: Es wurden vor allem Patienten eingewiesen, für die es der erste Aufenthalt in einer Nervenlinik war bzw. bei denen erstmals eine Schizophrenie diagnostiziert wurde. Die Einweisung erfolgte häufig von niedergelassenen Ärzten oder Truppenärzten. Die Überweisung aus einer anderen (psychiatrischen) Klinik stellte die Ausnahme dar. Die Patienten wurden nicht „verwahrt“, sondern nach einer Behandlungsdauer von im Schnitt 64 Tagen wieder entlassen oder in eine andere Klinik verlegt. Die Universitätsnervenlinik hatte in diesem Sinne also einen „Durchgangscharakter“ und konzentrierte sich vor allem auf die erste Diagnostizierung und Behandlung von Patienten. War man sich in der Diagnose sicher und brachte die durchgeführte Behandlung keinen Erfolg, verwies man schwere oder „unheilbare“ Fälle an die Landesheilanstalt. Dies war in der Marburger Universitätspsychiatrie bei elf Prozent der behandelten Patienten der Fall.

Verlegungen in eine Landesheilanstalt sind unter dem Aspekt der während der Kriegsjahre durchgeführten „Euthanasiemaßnahmen“, von denen die Universitätsnervenklini-

ken im Gegensatz zu den Landesheilanstalten nicht direkt betroffen waren, kritisch zu bewerten.<sup>267</sup> Am Beispiel der Verlegungen aus der Marburger Universitätsnervenklinik in die Landesheilanstalt Marburg soll versucht werden nachzuvollziehen, was mit diesen Patienten geschah. Diesem Thema ist das nun folgende Kapitel gewidmet.

#### **4. Die Verlegungen in die Landesheilanstalt Marburg**

In diesem Abschnitt interessieren, wie gesagt, vor allem die Verlegungen, die direkt in die Landesheilanstalt Marburg führten, und nicht solche, die das Reservelazarett der Landesheilanstalt betrafen. Wie bereits beschrieben, hatten Universitätsnervenkliniken und Landesheilanstalten grundsätzlich andere Funktionen in der Patientenversorgung. Dies führte dazu, dass Patienten in einer Universitätsnervenklinik in der Regel nicht von Euthanasiemorden betroffen waren, während für Patienten von Landesheilanstalten insoweit eine reale Gefahr bestand.<sup>268</sup>

Im Folgenden soll nun dem weiteren Schicksal von Patienten, die von der Marburger Universitätsnervenklinik in die Landesheilanstalt Marburg verlegt wurden, nachgegangen werden.

Bezogen auf die untersuchten Patientenakten der Universitätsnervenklinik wurden insgesamt sechs Patienten in den Jahren 1940, 1941 und 1943 in die zivile Abteilung der Landesheilanstalt verlegt.<sup>269</sup> Die Verlegungen wurden wie folgt begründet: In einem Fall (im Jahr 1940) mit Platzmangel, in den anderen Fällen überwiegend mit mangelnder Besserung bzw. Verschlechterung des Zustandes. Einmal wurde ein Patient gar als „Gefahr für die Umwelt“ bezeichnet.<sup>270</sup> Lässt man den aus Platzmangel verlegten Patienten außen vor, verbleiben also fünf Patienten, die unter dem Aspekt drohender „Euthanasiemaßnahmen“ von Interesse sind.

Im Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes in Kassel, dem heutigen Träger der ehemaligen Landesheilanstalt Marburg, ließen sich von den sechs in die zivile Abteilung der

---

<sup>267</sup> Die „Euthanasiemeldebögen“ gingen nur an die Heil- und Pflegeanstalten, da sich in den Universitätspsychiatrien in der Regel keine Dauerpatienten aufhielten. (Klee 1985 S. 123.) Zu den Meldekriterien vgl. Klee 1985 S. 93.

<sup>268</sup> An dieser Stelle sei nochmals auf den Artikel von Lilienthal verwiesen, der sich mit den Euthanasiemordopfern der ehemaligen Landesheilanstalt Marburg beschäftigt.

<sup>269</sup> Vgl. dazu auch Kapitel A.2.2, Tabelle 5. Man beachte, dass diese Zahl aufgrund fehlender Patientenakten mit Einschränkung zu sehen ist.

<sup>270</sup> Patientenakte 40605.

Landesheilanstalt verlegten Patienten leider nur noch die Verwaltungsakten von vier Patienten finden.<sup>271</sup>

Auch wenn dies nicht den eigentlich erwünschten Informationsgewinn zuließ (im Übrigen waren auch die Verwaltungsakten teilweise unvollständig), so ergaben sich trotzdem einige wertvolle Hinweise, die sich gut in den Kontext der Zeit einordnen ließen. Deshalb sollen die Patienten – so weit rekonstruierbar – kurz vorgestellt werden.

Der 27jährige **Otto B.**, ein „Rückgeführter“,<sup>272</sup> der zu diesem Zeitpunkt gerade als Maler in Korbach arbeitete, kam am 3.2.1940 in die Universitätsnervenklinik zur Aufnahme. Im Vordergrund des Krankheitsbildes standen vor allem Wahnideen, die dazu führten, „dass er draussen seine Wirtsleute bedrohte“. Für den Patienten war es bereits der zweite Aufenthalt in einer Nervenklinik: Zuvor war er schon acht Monate in der „Irrenanstalt“ Merzig gewesen. Mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie erfolgte am 2.3.1940 die Verlegung in die Landesheilanstalt Marburg. Als Begründung dafür wurde schlicht „Platzmangel“ angegeben – eine Information, die zu der von Müller beschriebenen Überbelegung der Universitätsnervenklinik 1940 passt<sup>273</sup> und die die Verlegung in einem anderen Licht erscheinen lässt: Otto B. wurde noch nicht als vollkommen hoffnungsloser Fall gesehen.

Diese Sicht passt auch zum noch rekonstruierbaren Verlauf aus der Verwaltungsakte der Landesheilanstalt. In dieser finden sich neben dem „Fragebogen B“, in dem die Aufnahme in die Landesheilanstalt begründet wird, vor allem noch Briefe der Mutter und insbesondere auch ein Dankesbrief für die Entlassung zu ihr nach Hause am 24.3.1941.<sup>274</sup>

Der 39jährige Maurer **Erich B.**<sup>275</sup> aus dem Kreis Schmalkalden wurde am 15.6.1941 mit der Verdachtsdiagnose einer „akuten Katatonie“ in die Universitätsnervenklinik

---

<sup>271</sup> Vgl. bereits die Quellenbeschreibung in der Einleitung.

<sup>272</sup> Patientenakte 40096 der Marburger Universitätsnervenklinik sowie die Krankenakte Otto B. aus dem LWV-Archiv, Best. 16. Vermutlich bezieht sich „Rückgeführter“ auf die Tatsache, dass der Patient aus dem Saarland kommt. Das Saarland war im Versailler Vertrag von Deutschland abgetrennt worden. 1935 kehrte es nach einer Volksabstimmung „heim ins Reich“. (Bedürftig S. 306.)

<sup>273</sup> Müller S. 67.

<sup>274</sup> Am Rande sei noch erwähnt, dass sich in der Verwaltungsakte auch die Anfrage eines SS-Arztes fand, der wissen wollte, an welcher Krankheit Otto B. litt, da dessen Bruder, SS-Sturmmann B., heiraten wollte. Letzterer brauchte dazu als SS-Mann eine entsprechende Heiratsgenehmigung, die „einzig nach rassistischen und erbgesundheitlichen Gesichtspunkten erteilt“ wurde. (Bedürftig S. 155.) Ein gutes Beispiel, wie sehr eine ganze Familie staatlicherseits von solch einer Erkrankung betroffen sein konnte.

<sup>275</sup> Patientenakte 41418 der Universitätsnervenklinik; LWV-Archiv, Best. 16, Krankenakte Erich B.

aufgenommen und am 21.6.1941 „in die Anstalt verlegt“ ohne Angabe einer genauen Begründung.<sup>276</sup>

Auch hier liegen der Verwaltungsakte der Landesheilanstalt noch Schriftwechsel mit Angehörigen bei, in diesem Fall der Ehefrau des Patienten, die vermutlich durch engagiertes Handeln das weitere Schicksal ihres Ehemannes maßgeblich mitbestimmte: In mehreren Briefen bat sie um die Entlassung ihres Ehemannes und ließ sich dabei auch nicht durch ablehnende Antworten entmutigen. Letztlich schaffte sie es – unter dem Hinweis, dass ihr Ehemann schon am 7.2.1938 wegen Schizophrenie sterilisiert wurde – dass Erich B. gegen einen großen Revers am 15.10.1941 entlassen wurde. Es musste also, um der Formulierung des Arztbriefes vom 22.10.1941 zu folgen, „dem einsichtslosen Wunsch der Ehefrau nach Entlassung ihres Mannes“ nachgegeben werden. Was genau das augenscheinlich enorme Unbehagen der Ehefrau gegen einen weiteren Verbleib in der Landesheilanstalt begründete, weshalb sie so vehement – und vor allem gegen ärztlichen Rat – auf der Entlassung ihres Mannes bestand, lässt sich nicht mehr rekonstruieren. Es lässt sich jedoch vermuten, dass es einen Zusammenhang mit den Euthanasiemorden gab, die – wie wir von Albrecht Langelüddeke, dem Direktor der Landesheilanstalt, im Januar 1942 erfahren – ein offenes Geheimnis waren:

„(...) Es ist mir auf der anderen Seite jedoch bekannt, dass sich im Laufe der letzten Jahre ein starkes Misstrauen gegen die Landesheilanstalten bemerkbar gemacht hat. Dieses Misstrauen hängt, wie ganz klar aus den Mitteilungen hervorgeht, die ich darüber erhalten habe, mit den „Verlegungen“ der Kranken in andere Anstalten zusammen; was dort mit den Kranken geschieht, ist im Volke praktisch ein offenes Geheimnis. (...)“<sup>277</sup>

Im August 1941 gab es einen offiziellen „Euthanasiestopp“. Dass das weiterbestehende Misstrauen von Frau B. allerdings nicht völlig unbegründet war, offenbart ein im Dezember 1941 – nach der Entlassung des Patienten – ausgefüllter „Meldebogen 1“<sup>278</sup>:

---

<sup>276</sup> Die Akte ist nur sehr unvollständig ausgefüllt. Der letzte Akteneintrag vom 21.6.1941 gibt folgende Informationen wieder: „Unverändertes Zustandsbild. Pat. braucht ständig Schlafmittel zur Beruhigung. Gibt auf Anfrage auf seinen Namen heute Antwort. Neurologisch war kein krankhafter Befund zu erheben. Wird heute in die Anstalt verlegt.“ Dies war bereits der zweite Aufenthalt des Patienten in der Universitätsnervenklinik. Der erste war im Jahr 1927 ebenfalls aufgrund einer „akuten Katatonie“. Wie im Übrigen am Datum zu ersehen ist, wurde der Patient noch in der Hochphase der Euthanasie-Morde in die Landesheilanstalt verlegt.

<sup>277</sup> Bericht Langelüddekes auf eine Anfrage des Reichsministers des Innern bezüglich einer verbreiteten „Scheu vor den Heil- und Pflegeanstalten“. Zitiert nach Müller S. 276. Siehe dazu auch Klee 1985 S. 419.

<sup>278</sup> Diese Meldebögen dienten der Erfassung der (zu tötenden) Patienten und waren durch die jeweiligen Anstaltsärzte auszufüllen und nach Berlin zu schicken. Die Selektion wurde dort zentral vorgenommen und die entsprechenden „Verlegungslisten“ den Anstalten übersandt. Näheres bei Klee 1985 S. 115ff.

Im November 1941 kam die Anweisung, alle Patienten, die am 1. Oktober in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht und noch nicht nach Berlin gemeldet worden waren, durch Meldebögen zu erfassen. Diese sollten zwar erst in den Kliniken verbleiben, aber es war „offensichtlich ernsthaft daran gedacht worden, die Gasmorde Ende 1941 wieder aufzunehmen.“<sup>279</sup>

Der aus Belgien stammende und „arbeitsverpflichtete“ **Henri V.**<sup>280</sup> wurde als 23jähriger am 4.3.1943 in die Universitätsnervenklinik aufgenommen und am 12.8.1943 mit der Diagnose eines hebephrenen Zustandsbildes in die Landesheilanstalt überwiesen. Als Verlegungsgrund wurden die auf verschiedene Therapiemaßnahmen nur vorübergehende Besserung sowie starke Erregungszustände angegeben. In diesem Fall spielte die Frage der Kostenabwicklung in der Verwaltungsakte der Landesheilanstalt mit mehreren Briefwechseln eine große Rolle – der Patient war (vermutlich) als Zwangsarbeiter nach Deutschland gekommen und es mussten die Zuständigkeiten geklärt werden. Der weitere Verlauf der Behandlung lässt sich nur indirekt rekonstruieren: Aus Briefwechseln mit dem zuständigen Arbeitsamt und der Wintershall AG als Arbeitgeber war schließlich zu erfahren, dass man keine Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Patienten mehr erwartete und die Rückführung in die Heimat empfahl. Am 25.10.1943 wurde Henri V. entlassen.<sup>281</sup>

Der Arbeiter **Peter. H.**<sup>282</sup> wurde am 4.6.1943 mit 22 Jahren erstmals in die Universitätsnervenklinik eingewiesen und am 6.10.1943 in die Landesheilanstalt mit der Diagnose einer Hebephrenie entlassen. Aus der Epikrise erfahren wir: „Der Zustand zeigte auf Elektro-, sowie Insulinschockbehandlung keinerlei Besserung. Pat wurde daher nach der hiesigen Landesheilanstalt verlegt.“ Im Januar 1944 wurde auch für Peter H. in der Landesheilanstalt ein „Meldebogen 1“ ausgefüllt: „Beurteilung: unregelmäßig bei der Arbeit, sehr unruhig, bettlägrig. Behandlung: Elektroschock ohne Dauererfolg. Art der Beschäftigung: keine. Wert der Arbeitsleistung (nach Möglichkeit verglichen mit der Durchschnittsleistung Gesunder): 0. Regelmäßiger Besuch: Bruder, Mutter.“ Vom 13.11.1944 findet sich ein ausgefülltes Formular für verstorbene Patienten. Durch eine

---

<sup>279</sup> Lilienthal S.290.

<sup>280</sup> Patientenakte 43158 der Universitätsnervenklinik (s. auch Kapitel C.II.1.1); LWV-Archiv, Best. 16, Krankenakte Henri V.

<sup>281</sup> In der Akte fand sich noch eine Anfrage nach Kriegsende: Das Ministerium für Kriegsoffer forderte eine Liste mit allen Belgiern, die im Krankenhaus waren, um den belgischen Familien über das Schicksal ihrer in Deutschland verschwundenen Angehörigen Auskunft geben zu können.

<sup>282</sup> Patientenakte 43446 der Universitätsnervenklinik; LWV-Archiv, Best. 16, Krankenakte Peter H.

Unterschrift des Oberpflegers bestätigt, soll der Patient „am 13.11.44 um 23h15 nachm. verstorben“ sein. Als Todesursachen wurden Schizophrenie, Marasmus und Darmcatarrh angegeben.

Peter H. starb nach dem offiziellen Ende der Euthanasiemorde. Der bei ihm vorzufindende „Meldebogen 1“ ist also nicht mehr in direktem Zusammenhang mit den Morden der „Aktion T4“ zu sehen, die tatsächlich nicht wieder aufgenommen wurden. Inzwischen hatte allerdings die zweite Phase der Anstaltsmorde mit Medikamenten und (gezieltem) Nahrungsentzug begonnen. Hinweise oder gar Beweise für ein solches Handeln in der Landesheilanstalt Marburg gibt es allerdings nicht.<sup>283</sup> Zu erwähnen ist demgegenüber jedoch die schon vor Kriegsbeginn unzulängliche Ernährung zur Senkung der Betriebskosten mit einem Mangel an Eiweiß und den damit einhergehenden gestiegenen Sterberaten in der Anstalt von 7,1 Prozent im Jahr 1935 auf 17,8 Prozent 1942.<sup>284</sup> Für Patienten wie H. – bettlägrig und mit einem „Wert der Arbeitsleistung“ von „null“ – war es unter diesen Umständen vermutlich wesentlich schwieriger zu überleben.

### *Zusammenfassung*

Zusammenfassend lässt sich zunächst feststellen: Bei den untersuchten Verlegungen aus der Universitätsnervenklinik in die Landesheilanstalt Marburg ließen sich keine Fälle nachweisen, die in direktem Zusammenhang mit den systematischen Euthanasiemorden der so genannten „Aktion T4“<sup>285</sup> stehen. Diese Aussage ist jedoch mit den erheblichen statistischen Einschränkungen zu sehen, die sich aus dem lückenhaften Aktenbestand sowohl der Universitätsnervenklinik als auch der Landesheilanstalt ergeben.

Allerdings zeigen die Beispiele von Erich B. und Peter H. auch, dass die Patienten trotz der bekannten Gefahren weiter in die Landesheilanstalt verlegt wurden. Der interessante Aspekt, ob sich die Anzahl der Verlegungen in die zivile Abteilung der Landesheilanstalt in diesem Zeitraum reduzierte – schließlich ist davon auszugehen, dass die Morde als „im Volke praktisch offenes Geheimnis“ den Psychiatern erst recht bewusst waren –, kann wegen mangelnder Vergleichszahlen nicht weiter diskutiert werden. Betrachtet man jedoch alle Patienten, die im untersuchten Zeitraum (immerhin gut fünf-einhalb Jahre) wegen mangelnder Besserung von der Universitätsnervenklinik in eine

---

<sup>283</sup> Lilienthal S. 291.

<sup>284</sup> Lilienthal S. 277f. und S. 291.

<sup>285</sup> Der Name „Aktion T4“ geht auf den Sitz der „Euthanasiezentrale“ in der Tiergartenstraße 4 in Berlin zurück. (Klee 1985 S. 166.)

Landesheilanstalt (also nicht nur in die Landesheilanstalt Marburg) verlegt wurden, so fällt die relativ geringe Zahl von insgesamt neun Verlegungen auf.<sup>286</sup>

---

<sup>286</sup> Vgl. dazu C.II.2.4.

### **III. Im Besonderen: Die Schizophrenie – Befunde, Therapie, Begutachtungen und „Rassenhygiene“**

In diesem Teil soll in drei Kapiteln spezieller auf die Schizophrenie als Erkrankung an sich eingegangen werden. (1) Dem ersten Kapitel liegen die Befunde der ausgewerteten Krankengeschichten zugrunde. Dabei sollen – unter dem Aspekt eines sich wandelnden Diagnosebegriffs – vor allem die Diagnosen aus heutiger Sicht überprüft werden. (2) Kapitel 2 schildert anhand der ausgewerteten Akten die konkrete Umsetzung der damaligen therapeutischen Möglichkeiten in der Marburger Universitätsnervenlinik. (3) Im letzten Kapitel stehen die mit der Schizophrenie als Erkrankung verbundenen Begutachtungen der Marburger Universitätspsychiatrie im Mittelpunkt sowie die Umsetzung der „rassenhygienischen Maßnahmen“ durch die Klinik.

#### **1. Befunde**

In diesem Kapitel soll in einem ersten Unterpunkt zunächst der psychopathologische Befund und die damit einher gehende Diagnosestellung betrachtet werden. Ein zweiter Unterpunkt beschäftigt sich dann mit den übrigen in den Akten noch vorzufindenden Befunden.

##### **1.1 Die Schizophreniediagnosen – Eine Überprüfung der Diagnosen aus heutiger Sicht**

Wie oben dargestellt, existierte in den 1930er und 1940er Jahren kein einheitlicher Schizophreniebegriff. Umstritten war dabei vor allem der Wahn. Vor diesem Hintergrund war es interessant, inwieweit die damalige Diagnosevergabe an der Universitätsnervenlinik Marburg mit einer möglichen heutigen Diagnosevergabe übereinstimmt. Dabei ergaben sich einige grundsätzliche methodische Schwierigkeiten, die mit der Auswertung und Interpretation von Krankengeschichten verknüpft sind.<sup>287</sup> Trotzdem bot es sich für eine überschaubare Zahl von 79 Akten, die Krankengeschichten mit einem operationalisierten Diagnosesystem wie der ICD-10 abzugleichen.<sup>288</sup> Da die Kriterien der ICD-10 präziser und enger gefasst sind als die Aussagen damaliger Lehrbücher, ist davon auszugehen, dass alle Fälle, die nach der ICD-10 als Schizophrenie gelten, auch nach damaligen Kriterien unstreitig eine solche begründet hätten.

---

<sup>287</sup> Vgl. dazu auch die ausführliche Darstellung von Giel S. 399ff.

<sup>288</sup> In ähnlichen Untersuchungen wurde aufgrund des dafür nötigen hohen Aufwands und der großen Fallzahlen darauf verzichtet. (Giel S. 399)

Grundlage der Auswertung waren die in den Krankengeschichten verzeichneten Aussagen der Patienten sowie die psychopathologische Befunderhebung der Ärzte. Es sollte also festgestellt werden, inwiefern man aufgrund der schriftlichen Zeugnisse aus heutiger Sicht eine Schizophreniediagnose nachvollziehen kann. Dabei ging es um eine Überprüfung des Akteninhalts und weniger um eine Überprüfung der Diagnose für einen konkreten Patienten.<sup>289</sup>

Im Folgenden sollen zunächst die Diagnosen an sich und ihre Vergabe betrachtet werden. Dabei soll kurz auf eine Reihe von Fällen eingegangen werden, bei denen vor der eigentlichen Schizophreniediagnose erst eine andere Diagnose vergeben wurde. Danach folgt eine Darstellung des Diagnosenabgleichs mit Beispielen strittiger Fälle.

#### 1.1.1 Diagnosenvergabe

Vermutlich lief die Diagnosenvergabe wie folgt ab: Nach Aufnahme des Patienten wurde ein Stammdatenblatt angelegt, das in der Regel mit Schreibmaschine ausgefüllt wurde. Die Zeile mit der Diagnose wurde zunächst freigelassen und im Verlauf oder am Ende des Aufenthaltes handschriftlich ergänzt. Für dieses Vorgehen sprachen die in wenigen Fällen zunächst abweichenden Anfangsdiagnosen (die sich beispielsweise am Ende des Aufnahmegesprächs wiederfanden) sowie die große Übereinstimmung mit den in der Epikrise genannten Diagnosen. Die im Aufnahmebuch verzeichneten Diagnosen entsprachen weitestgehend denen auf dem Stammdatenblatt.<sup>290</sup>

In die vorliegende Untersuchung wurden alle Diagnosen mit einem sicher zur Schizophrenie gehörigen Begriff einbezogen. Betrachtete man nun diese Diagnosen genauer, so fiel zweierlei auf:

1. Ein Teil der Diagnosen war mit einer Einschränkung versehen: Es fanden sich Formulierungen wie „Verdacht auf“, „ohne sicheren Anhalt“ oder einfach mit einem Fragezeichen gekennzeichnete Diagnosen. Diese Art der Einschränkung fand sich in zehn von 79 untersuchten Akten (das entspricht 12,7 Prozent).

---

<sup>289</sup> Für eine genauere Überprüfung der Diagnosen wären noch weitere Quellen oder optimalerweise eine eigene Befragung des Patienten nötig gewesen.

<sup>290</sup> Die Diagnosen wurden nicht immer eins zu eins übernommen: Findet sich beispielsweise für die Patientenakte 40027 als Entlassungsdiagnose im Krankenblatt „Verdacht auf schizophrenen Schub“, so lautet die Diagnose im Aufnahmebuch „Schizophrener Schub“.

2. In weiteren 15 Fällen (ca. 19 Prozent) fanden sich Formulierungen, die auf eine abgelaufene Schizophrenie ohne floride Symptome schließen ließen, wie z.B. „postschizophrener Defektzustand“, „alte Schizophrenie“ etc.

Bei drei Patienten fanden sich in den Akten alte Krankenblätter, in denen zunächst von der Schizophrenie abweichende Diagnosen vergeben wurden. Dies ist insofern interessant, da diese Diagnosen Grenzdiasgnosen zur Schizophrenie darstellten, die jedoch nicht unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fielen: In zwei Fällen wurden wahnhaftige Störungen und in einem Fall eine atypische Psychose diagnostiziert. Gleichzeitig ließ sich damit noch einmal deutlicher der in Marburg vertretene Schizophreniebegriff abgrenzen. Im Folgenden seien diese drei Patienten genauer vorgestellt:

(1) **Hermann E.**,<sup>291</sup> Bankangestellter und Buchhalter

Die erste Aufnahme erfolgte mit 21 Jahren vom 22.6.-23.7.1938. Damals wurde nach einem Suizidversuch ein sensitiver Beziehungswahn „in klassischer Ausprägung“ auf schizoide Persönlichkeit diagnostiziert.

In der Anschlussbehandlung in „Kassel-Neuemühle“ im September/Okttober 1938 wurde der Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie als Enddiagnose geäußert.

Am Ende des zweiten Aufenthalts (von 8.3.-25.6.1941) in der Marburger Universitätspsychiatrie folgte man dieser Auffassung und vergab als Entlassungsdiagnose „Schizophrenie“: In der Epikrise vom 25.6.1941 erfahren wir zur Krankengeschichte Folgendes:

„Pat. glaubte anfänglich 100 000 Mark unterschlagen zu haben, fühlte sich durch eine Maschine beeinflusst. Jetzt gibt er die Möglichkeit, dass er sich geirrt habe, zu. Ist wieder geordnet, will wieder anfangen zu arbeiten. Scheint ein sehr empfindliches, weiches Gemüt zu haben. Die Insulinkur hat ihn weitgehend gebessert. Es handelt sich um einen schizophrenen Schub.“

Im Nachtrag zur Epikrise vom 26.6.1941 wird nochmals vermerkt:

„Pat. war zum ersten Mal hier 1938 wegen „sensitiven Beziehungswahn auf schizoide Persönlichkeit“. Seither hat er wieder einen Suizidversuch gemacht, war ängstlich und depressiv, hatte Verschuldigungsideen und fühlte sich durch Fernwirkungen beeinflusst.“

Es erfolgte eine Meldung an den Amtsarzt als Schizophrenie.

---

<sup>291</sup> Patientenakte 41116.

(2) **Hans Helmut T.**,<sup>292</sup> Jahrgang 1921

Der Jurastudent war als Soldat seit Februar 1941 in Frankreich bei der Besatzungstruppe. Dort traten mancherlei Symptome auf (Ohnmachtsanfälle, Zwangsgedanken, Verwirrtheit, Gedankenjagen, Zuckungen in der Unterlippe, körperliche Unruhe), die eine Einweisung in die „Nervenstation“ in Nancy sowie eine Rückverlegung nach Frankfurt nötig machten. Dort kam es nach einer Behandlung bei Prof. Kleist<sup>293</sup> mit „Cardiazolschocks“ zu einer Besserung und Beurlaubung nach Hause. Ein Dienstunfähigkeitszeugnis wurde eingereicht, dessen Diagnose in der Akte nicht vorlag. Der Patient kam am 15.5.1942, „da er sich noch nicht kräftig genug fühlt zur Nachkur“, in die Marburger Universitätsnervenklinik. Aus der Familienanamnese ist bekannt, dass zwei Onkel väterlicherseits an nicht näher bezeichneten Nervenkrankheiten litten.

Abschließend hieß es am 18.9.1942:

„Wird nach Hause beurlaubt. Es handelt sich um einen schizoid lahmen Studenten, der eine atypische Psychose, sicher keine Schizophrenie durchgemacht hat anschliessend vitalen Tonusverlust und überstarke Langsamkeit aufweist.....Deutlich gebessert entlassen.“

Als Entlassungsdiagnose findet sich „Schizoide Psychopathie“.

Zur nächsten Aufnahme am 30.5.1944 schickten die Eltern den Patienten. Es wurden Halluzinationen mit Stimmenhören sowie Wahnideen beschrieben. Kurz vor der Einweisung hatte der Patient auch einen Brief an den „Führer“ geschrieben.

In der Epikrise vom 4.10.1944 erfahren wir:

„Es handelt sich um eine Paranoia. Der Pat. war früher schon bei uns wegen einer atypischen Psychose in Behandlung. Der Pat. wurde bei uns mit einer Insulinkur behandelt, die angeschlagen hat. Neurologisch war der Pat. ausser einer rechtsseitigen Facialisparesie und einem leichten Abweichen der Zunge nach rechts o. B. Der Pat. wurde als gebessert zur Erholung nach Hause entlassen. Zunächst ist eine Fortsetzung des Studiums noch nicht möglich. Er bekam einen Tagesplan, um seine Arbeit etwas einzuteilen.“

Als Entlassungsdiagnose wurde auf dem Stammdatenblatt sowie im Aufnahmebuch eine „paranoide Schizophrenie“ angegeben.<sup>294</sup>

---

<sup>292</sup> Patientenakte 44279.

<sup>293</sup> Prof. Dr. Karl Kleist (1879-1960): 1920-1950 Direktor der Universitätsnervenklinik Frankfurt am Main, beratender Militärpsychiater im Wehrkreis IX. (Klee 2003 S. 315.)

<sup>294</sup> Zu bemerken wäre noch, dass sich in der Akte keine Meldung an den Amtsarzt fand. Es fanden sich auch keine Angaben, ob diese schon früher erfolgte. Bekannt ist allerdings, dass im Sommer 1944 eine weitere militärärztliche Untersuchung beim Wehrbezirkskommando Marburg ausstand. Vermutlich bedingte die Diagnose in der bereits 1942 erwähnten Dienstunfähigkeitsklärung kein endgültiges Ausscheiden aus dem Militärdienst.

(3) **Johannes M.**,<sup>295</sup> Jahrgang 1919

Johannes M. war bis März 1942 beim Militär und wurde dann vom Truppenarzt mit dem Verdacht auf eine Schizophrenie eingewiesen. Zur Aufnahme kam es dann aus ungeklärten Umständen erst im August 1942. Zu diesem Zeitpunkt war M. bereits aus dem Militärdienst entlassen. Zum Schluss findet sich folgende Beurteilung in der Epikrise vom 9.10.1942:

„Es handelt sich bei dem Pat. um ein paranoides Zustandsbild, das einige Zeit vor der hiesigen Einweisung mit Erregungszuständen, Verfolgungsideen und Verdächtigungen der Umwelt begann. Während des hies. Aufenthaltes ergaben die mehrfachen Untersuchungen keinen Anhaltspunkt für magische Fernwirkungen und Stimmenhören. Die Sprache war formal etwas geziert und maniert. Die Motorik war unauffällig. Affektiv wirkte der Pat. hier matt und antriebslos und autistisch. Diese Eigenheit wirkte aber konstitutionsbedingt. Von den anfänglich geäußerten paranoiden Gedanken, die vereinzelt blieben, bekam der Pat. im Laufe einer Elektro-Schockbehandlung einen schnellen und kritischen Abstand. Erregungszustände sind hier nicht beobachtet worden. Körperlich-neurologisch fand sich nichts Besonderes. Pat. wurde nach Abschluss der Behandlung in gutem Zustand als arbeitsfähig wieder nach Hause entlassen.“

Die Entlassungsdiagnose lautete also „paranoides Zustandsbild“. Es erfolgte keine Meldung an den Amtsarzt.

Acht Monate später wurde der Patient „nach mehrfachen Erregungszuständen“ erneut eingewiesen. Zusammenfassend kam man am 24.7.1943 diesmal zum Schluss, dass es sich um eine paranoide Schizophrenie handele:

„(...) M. kommt nach einer ersten Behandlung im Herbst 42 jetzt nach mehrfachen Erregungszuständen erneut zur Aufnahme. Das Bild wurde damals als paranoides Zustandsbild aufgefasst. Inzwischen haben sich deutlichere Anzeichen für einen spezifischen Prozess ergeben. Der Akzent liegt neben den inhaltlichen (s. altes Krankenblatt) auch auf Störungen der Motorik und Affektivität. Im ganzen verhielt sich M. auf der Station ruhig. Erregungszustände sind hier nicht aufgetreten. Eine Elektroschockbehandlung brachte kaum Änderung im Zustandsbild. Pat. wurde als arbeitsfähig wieder nach Hause entlassen. Meldung an den Amtsarzt ist erfolgt.“

Zusammenfassend lässt sich für die Diagnosestellung feststellen, dass Störungen mit dem isolierten Auftreten eines Wahns klar von einer Schizophrenie abgegrenzt wurden.<sup>296</sup> Als wichtige Kriterien für eine Schizophreniediagnose wurden dabei „magische

---

<sup>295</sup> Patientenakte 43412.

<sup>296</sup> Fall (2) verdeutlicht allerdings noch mal die Unschärfe der Diagnosebegriffe und Unstimmigkeiten selbst innerhalb einer Akte: In der Epikrise wird eine „Paranoia“ als Enddiagnose genannt, während auf dem Stammdatenblatt und im Aufnahmebuch eine „paranoide Schizophrenie“ diagnostiziert wurden. Die

Fernwirkungen“ und „Stimmenhören“ hervorgehoben. Der Fall von Hermann E. könnte ein Hinweis dafür sein, dass dies in anderen Kliniken anders gehandhabt wurde: Wurde in Marburg ein sensitiver Beziehungswahn „klassischer Ausprägung“ diagnostiziert, sah man in Kassel eher eine Schizophrenie.<sup>297</sup> Dies hat insofern nicht nur rein akademische Bedeutung, als diese Abgrenzung über eine Meldung an den Amtsarzt (und somit eventuelle „rassenhygienische Maßnahmen“) entschied. Damit wird die Frage aufgeworfen, ob man bei „unsicheren“ Diagnosen nicht zunächst auf eine Grenzdiagnose auswich. Dieses Vorgehen könnte sich mit Äußerungen Kretschmers decken, der insbesondere bei Schizophrenie und manisch-depressiven Erkrankungen bei der Diagnosestellung zur Vorsicht mahnte.<sup>298</sup> Auffallend war jedenfalls in allen drei Fällen die explizite Abgrenzung zu einer Schizophrenie.

Ein weiterer auffälliger Punkt lag in der Sozialanamnese der Patienten: Zwei der Patienten hatten einen höheren Bildungsgrad und wohl auch eine entsprechende soziale Stellung.<sup>299</sup> Patient (2) war vermutlich ein Privatpatient Kretschmers. Damit stellt sich wieder die schon im obigen allgemeinen Teil aufgeworfene Frage nach einer sozialen Abhängigkeit der Diagnosenvergabe. Aber auch diesmal ergeben sich bei einer so geringen Fallzahl nur Indizien.<sup>300</sup>

### 1.1.2 Diagnosenvergleich mit der ICD-10

Die Überprüfung der Diagnosen orientierte sich an den diagnostischen Leitlinien der ICD-10 zur Schizophrenie und ihren Unterformen.<sup>301</sup> Aufgrund des „mangelhaften heutigen Kenntnisstandes zur Schizophrenie und den akuten psychotischen Störun-

---

Symptome mit Stimmenhören und Halluzinationen sprachen auch eher für letztere Diagnose. Zur Problematik des Wahns s. auch B.1.2.4.

<sup>297</sup> Dabei bleibt zunächst unberücksichtigt, dass zwischenzeitlich neue Symptome aufgetreten sein könnten. Aus dem späteren Verlauf und der Anamnese ergaben sich dafür jedoch keine Hinweise.

<sup>298</sup> Aus einem Schriftwechsel mit dem Preußischen Ministerium für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung aus dem Jahr 1934 ist von Vorwürfen des Rasse- und Siedlungsamtes SS bekannt, dass Ernst Kretschmer seine Mitarbeiter bezüglich der Diagnosestellung (insbesondere der Diagnosen „Schizophrenie“ und „manisch-depressives Irresein“) zur Vorsicht gemahnt habe. Diese sollten nur in ganz schweren Fällen gestellt werden. S. näher Krähwinkel 1999 S. 170f.

<sup>299</sup> In der Gesamtuntersuchung besuchten weniger als neun Prozent der schizophrenen Patienten eine zum Abitur führende Schule. Vgl. dazu auch C.II.1.4.1.

<sup>300</sup> Für eine konkrete Beantwortung dieser Fragestellung müsste man letztlich gezielt die Grenzdiagnosen zur Schizophrenie untersuchen.

<sup>301</sup> In Anlehnung an Kurt Schneiders Symptome 1. und 2. Ranges wurden die Symptome in acht Gruppen eingeteilt. Um die Diagnose einer Schizophrenie stellen zu können, muss mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppen 1-4 (mehr Symptome, wenn weniger eindeutig) oder mindestens zwei Symptome der Gruppen 5-8 vorliegen. Dilling 1991 S. 96ff.

gen“<sup>302</sup> enthält die ICD-10 zusätzlich ein Zeitkriterium zur Diagnosestellung. So ist eine schizophrene Diagnose nur gerechtfertigt, wenn mindestens einen Monat lang eindeutige und typische schizophrene Symptome bestehen. Dieses Zeitkriterium existierte in den 1930er und 1940er Jahren noch nicht explizit.

Beim Abgleich der Krankengeschichten wurde zunächst jede Akte entsprechend der ICD-10 auf das Vorliegen einer akuten Erkrankung überprüft. Wie sah nun das Ergebnis dieser Untersuchung aus?

Interessanterweise entsprach der größte Teil der Akten (54 von 79 oder 68 Prozent) auch heutigen Kriterien einer Schizophrenie. 25 Akten erfüllten demgegenüber nicht die Kriterien einer akuten Schizophrenie. Schlüsselte man diese Gruppe weiter auf, so lassen sich zunächst zwei große Untergruppen bilden:

(1) In neun Fällen<sup>303</sup> enthielt die Entlassungsdiagnose ebenfalls eine Einschränkung bzw. es befand sich in der Epikrise eine entsprechende Formulierung, wie „Verdacht auf“ etc. Das heißt, auch die damals behandelnden Ärzte waren sich ihrer Diagnose nicht ganz sicher. Insofern deckt sich diese Unsicherheit der Diagnose mit dem nicht eindeutigen Befund der ICD-10 und stellt somit keinen Widerspruch zu ihr dar. Dies soll an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Der 27jährige Soldat **Hugo M.**<sup>304</sup> (bürgerlicher Beruf: Landwirt) wurde am 10.3.1941 unter dem Verdacht einer beginnenden Schizophrenie vom Truppenarzt in die Nerven- klinik eingewiesen. Es war bereits die dritte Aufnahme in eine Nerven- klinik nach 1934 in Gießen und 1940/41 (nach dem Eintritt in die Armee) in Frankreich und Berlin. Die dortigen Diagnosen waren nicht überliefert. In Berlin sollte jedoch ein einmaliger Krampfanfall aufgetreten sein. Aus der Eigenanamnese wurde weiterhin eine Gehirn- erschütterung nach einem Motorradunfall berichtet.

In der Epikrise hieß es dazu:

„M. wurde eingeliefert unter dem Verdacht auf eine beginnende Schizophrenie. Im Beginn des Lazarettaufenthalts bestand ein stuporöser Zustand, der Pat war gehemmt. Ein Zusammenhang mit dem geschilderten Unfall ist sehr unwahrscheinlich. Ein sicherer Anhalt für eine beginnende

---

<sup>302</sup> Dilling 1991 S. 24.

<sup>303</sup> Patientenakten 40027, 40677, 41121, 41212, 41418, 41430, 43271, 43424, 44281. In sechs Fällen wurde dabei u.a. das Zeitkriterium nicht eingehalten. In einem Fall (Patientenakte 43271) wäre auch eine organische wahnhaft schizophrene Störung zu diskutieren (F06.2).

<sup>304</sup> Patientenakte 41121.

Schizophrenie konnte hier nicht gefunden werden; im Verlaufe des hiesigen Aufenthalts besserte sich der Zustand wesentlich. Pat war zuletzt unauffällig und arbeitswillig.

M. wird heute zur Truppe entlassen. Dem Truppenarzt wird mitgeteilt, dass M. sofort wieder in das Lazarett eingewiesen werden soll, sobald er wieder irgendwie auffällig werden sollte; es würde dann ein DU-Verfahren eingeleitet werden.“

Die Entlassung erfolgte nach 18 Tagen mit der Diagnose „Verdacht auf beginnende Schizophrenie ohne sicheren Anhalt“ und ohne Meldung an den Amtsarzt.

(2) In elf der 25 unklaren Fälle stützten sich die Untersucher mit ihrer Diagnose auf eine bereits bekannte Schizophreniediagnose. Meist entsprachen diese Patienten dann nicht den Diagnosekriterien einer akuten Schizophrenie nach ICD-10, da sie zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Merkmale einer floriden Psychose aufwiesen, sondern beispielsweise zur Begutachtung in die Klinik aufgenommen wurden. Die Diagnose „Schizophrenie“ wurde also zu einem früheren Zeitpunkt, gegebenenfalls in einer anderen Klinik gestellt und sollte unter Umständen überprüft werden. Hierbei fiel auf, dass man in der Regel diesen „alten“ Diagnosen folgte und eventuell vorhandene Symptome in diesem Kontext wertete.<sup>305</sup> Dies erschwerte eine retrospektive Beurteilung.<sup>306</sup> In der Regel erschien die Argumentation der behandelnden Ärzte jedoch nachvollziehbar, so dass diese Fälle – wenn auch mit einer gewissen Einschränkung – als nicht widersprüchlich zur ICD-10 gewertet werden.

Beispiel: **Jakob B.**<sup>307</sup> oder das Akzeptieren einmal gestellter Diagnosen

Jakob B. wurde mit 44 Jahren im Juli 1941 für zwei Tage zur Begutachtung seiner Erwerbsfähigkeit für die Reichsbahnversicherungsanstalt aufgenommen. Aus dem Gutachten erfährt man, dass B. 1935 an einer akuten Psychose erkrankte, die als Paraphrenie diagnostiziert wurde und die zunächst zur Aufnahme in die Universitätsnervenklinik und dann in die Landesheilanstalt Marburg führte. Er wurde damals mit einer Erwerbsunfähigkeit von 100 Prozent entlassen. Aus der Beurteilung des Gutachtens erfährt man weiter:

---

<sup>305</sup> In einem Fall (Patientenakte 43263) fand sich auch ein mehr als dezenter Hinweis, dass man doch bitte der bereits bestehenden Diagnose Folge zu leisten habe. Vgl. dazu auch Kapitel C.III.3.2.

<sup>306</sup> Es erfolgt also eine doppelte Symptomwertung: Die damals behandelnden Ärzte mussten sich auf die (mehr oder weniger wertenden) Aussagen von Kollegen verlassen und diese entsprechend werten. In der hiesigen Untersuchung konnten also nur noch diese doppelt gewerteten Aussagen beurteilt werden. Letztlich musste man sich häufig auf das Urteil der damaligen Psychiater verlassen, da entsprechende Krankengeschichten, auf die sich die Psychiater stützten, in der Akte nicht mehr vorlagen.

Einige der Diagnosen wie „postschizophrener Defektzustand“ könnten nach ICD-10 als F20.5 „schizophrenes Residuum“ gewertet werden.

<sup>307</sup> Patientenakte 41485.

„Seit dem 27.11.39 ist er am Heeresbekleidungsamt als Einpacker angestellt, wo er zur eigenen und allgemeinen Zufriedenheit tätig ist.

Die körperliche und neurologische Untersuchung ergab keine nennenswerten Ausfälle.

Seelisch zeigte B. in der Form seines Auftretens, in der geringen Urtiertheit seiner Affektäusserungen und einer bestehenden leichten Erregbarkeit nur für geschulte Augen Spuren einer durchgemachten Schizophrenie. Fügen wir hinzu, dass B. schon seit 1,5 Jahren als normale Kraft arbeitet, so wird unsere Ansicht, dass bei ihm keine messbare Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit mehr besteht, durch diese Umstände bewiesen. (...)“

Zeichen einer akuten Schizophrenie wurden also verneint. Die Diagnose eines schizophränen Residuums nach ICD-10 könnte man diskutieren, allerdings wird dort ein „auffallendes Vorhandensein von „negativen“ schizophränen Symptomen“<sup>308</sup> gefordert. Ob das mit der Äußerung „nur für geschulte Augen“ vereinbar ist, bleibt dahingestellt. Jakob B. wurde mit der Diagnose „geringer Restzustand nach Paraphrenie“ entlassen.

Eine zusätzliche kleine Notiz in der Akte verdeutlichte in diesem Fall sehr gut die bereits oben angesprochenen methodischen Schwierigkeiten: In der Akte fand sich ein kleiner handschriftlicher Vermerk des stellvertretenden Oberarztes Dr. Schlunk in roter Tinte vom 1.11.1941, geschrieben auf einer Rücksendung der Krankengeschichte durch Prof. Kleist:<sup>309</sup>

„Kleist hält die Psychose nach unserem Krankenblatt nicht für plausibel sondern denkt eher an eine periodische Depression. Die St. (Sterilisierung? Anm. S.E.) wäre in jedem Fall erforderlich gewesen. Unsere letzte Beurteilung geht von der Diagnose der LH (Landesheilanstalt, Anm. S.E.) Schizophrenie aus.“

Das alte Krankenblatt war nicht mehr vorhanden, so dass Kleists Zweifel nicht nachvollzogen werden konnten. Es zeigte sich allerdings wieder, wie umstritten letztlich die Diagnosen und wie groß somit die diagnostischen und interpretatorischen Spielräume waren.

Zusammenfassend kann man also sagen, dass die beiden bisher genannten Untergruppen, die immerhin 20 der 25 unklaren Fälle umfassen, nicht in einem direkten Widerspruch zur ICD-10 stehen.

---

<sup>308</sup> Dilling 1991 S. 102.

<sup>309</sup> In welcher Funktion Kleist mit dem Fall zu tun hatte, wurde aus der Akte nicht klar.

Damit blieben noch fünf Patientengeschichten offen, die die ICD-10-Kriterien nicht erfüllten bzw. deren Diagnose unklar war. Auf diese Patienten soll im Folgenden näher eingegangen werden:

In drei von fünf Fällen wurde zumindest das Zeitkriterium der Schizophrenie nach ICD-10 nicht eingehalten bzw. war aus den Akten heraus nicht nachvollziehbar.<sup>310</sup> Im folgenden Beispiel kam zusätzlich noch eine schwere Infektion hinzu, die dazu führte, dass der Patient nach knapp drei Wochen Aufenthalt in der Universitätsnervenklinik verstarb:

Der 48jährige verheiratete Landwirtschaftslehrer **Josef H.**<sup>311</sup> wurde am 1.3.1944 von seiner behandelnden Ärztin mit „Kopfschmerzen“ eingewiesen. Es war der erste Aufenthalt in einer Nervenklinik. Aus der Eigen- und Familienanamnese ist nichts Besonderes bekannt. Eine Lues wird verneint. Über den Zustand des Patienten erfahren wir am 17.3. zusammenfassend:

„Bei der Aufnahme leidlich ansprechbar und orientiert, doch ist eine geordnete Unterhaltung nicht möglich. Pat. macht einen eigentümlichen starren Eindruck, wirkt stark gehemmt und gibt entsprechend verlangsamte Antworten, vielfach unpassende oder nichtssagende, vielfach fragt er nach einer Weile, nachdem man gedacht hatte, er besinne sich: Wie? Keine Hinweise auf Stimmenhören oder magische Fernwirkungen. Katalepsie deutlich, sonstige katatone Handlungsstörungen nicht zu finden. Nach einigen Tagen weiterer Beobachtung setzen heftige Negativismen ein, die die Pflege und Spontanahrungsaufnahme unmöglich machten, weil der Pat. sich dagegen wehrte, die Hände der anderen festhielt, sich zusammenrollte und wie ein Igel unangreifbar war oder stundenlang das Bettuch über sich gezogen hielt. Die Sondenfütterung gestaltete sich überaus schwierig. Teilweise völlig mutistisch. In diesem Zustande waren nun auch einwandfreie und z.T. paradigmatische katatone Spontanhaltungen zu sehen. Die Unterhaltung mit dem Pat. scheiterte immer wieder am Negativismus. So konnten Hinweise auf spezielle Innenerlebnisse nicht gewonnen werden, doch waren sie nach dem Eindruck des Pat. der stark mit sich selbst beschäftigt war, z. T. vor sich hinmurmelte usw. anzunehmen. Bald nach dieser Zeit wechselten wilde Erregungszustände mit heftigen Schreiszenen und stuporösen Zuständen ab. – Pat. bekam erhöhte Temperaturen, bis maximal 38,2. Ihre Ursache zu klären, war völlig ausgeschlossen. Da sie von allein wieder zurückgingen, wurde nach voriger Einholung des Kreislaufbefundes, der soweit durchzuführen, nichts gegen die geplante Behandlung einzuwenden hatte, die Elektroschockbehandlung begonnen. Der erste Schock verlief planmäßig und ohne Zwischenfälle, erbrachte aber noch keinerlei Änderung im Zustandsbild. Zwei Tage später, in der Nacht zu heute, machte der Pat. einen Erstickungsanfall durch, der auf eine Verlegung der Luftwege zurückzuführen war. Sekretbrocken und Rückfall der Zunge waren als Ursache anzusehen. Auch der zu Rate gezogene Hals-Nasen-Ohrenspezialist (Stabsarzt Dr. Eigler) konnte keinerlei Hin-

---

<sup>310</sup> Patientenakten 41468, 41590, 44134.

<sup>311</sup> Patientenakte 44134.

weise für eine Diphtherie finden. Eine Tracheotomie erübrigte sich nach einem ersten ärztlichen Eingriff.“

Nächster Eintrag vom 19.3.:

„Nachdem der Pat. seit dem Vorfall von vorgestern keinen alarmierenden Zustand mehr bot und psychisch etwas stiller, aber immer noch mit heftiger Abwehr war, kam er heute Nacht 1,30 Uhr an zunehmender Kreislaufschwäche, die sich seit dem Abend angebahnt hatte, ad exitum. Nachtragend wird bemerkt, dass der Pat. trotz des völlig negativen Nasen- und Rachenbefundes (inspektuell) vorsorglich 10000 E Di Pferdeserum erhalten hatte. Es stellte sich später heraus, dass diese Vorsorge richtig war, da der inzwischen durchgeführte Rachenabstrich positiv war.“

Die Enddiagnose lautete „Katatonie“.

Neben der kurzen Beobachtungszeit bei unklarer Vorgeschichte sprach aus heutiger Sicht vor allem das Vorliegen einer schweren Infektionskrankheit, in deren Rahmen die Symptome auch interpretiert werden können, gegen die Diagnose einer Schizophrenie.

Im vierten noch offenen Fall ließ sich die Diagnosefindung der Schizophrenie überhaupt nicht nachvollziehen. An dieser Akte zeigte sich eine (bis dahin untypische) Selbstsicherheit der Diagnosefindung bei unklaren Fällen, wie sie schon in anderen Untersuchungen zur Psychiatrie im Nationalsozialismus auffiel.<sup>312</sup> Es handelte sich bei diesem Patienten vermutlich um einen Zwangsarbeiter.<sup>313</sup>

Der 29jährige Patient **Albert N.**<sup>314</sup> wurde am 13.11.1939 aufgenommen. Der aus Polen stammende Mann war vermutlich als Zwangsarbeiter an der Reichsautobahn in Hersfeld beschäftigt. Der Patient sprach nur ein recht gebrochenes und schwer verständliches deutsch. In der Epikrise vom 26.11.1939 (also nach 13 Tagen Aufenthalt in der Klinik) hieß es:

„Bei dem Pat. über den keine Aussenanamnese vorliegt und dessen eigene Angaben äusserst dürftig sind, kann auf Grund des affektarmen stumpfen Verhaltens und der ratlosen und antriebslosen Haltung, die der Pat. dauernd einnimmt, angenommen werden, dass es sich um einen schizophrenen Defektzustand handelt, zumal organoneurologisch kein Anhalt für eine cerebrale Erkrankung gegeben ist.“

---

<sup>312</sup> Giel S. 400.

<sup>313</sup> Vgl. dazu auch Kapitel C.II.1.1.

<sup>314</sup> Patientenakte 39523.

Nach knapp zwei Wochen Aufenthalt und ohne Eigen- oder Fremdanamnese kam der Untersucher also zu dem Schluss, dass es sich um einen postschizophrenen Defektzustand handeln müsse. Dieses Vorgehen deckte sich selbstverständlich nicht mit der ICD-10 und zeugte von einer zweifelhaften Selbstsicherheit und Selbstgewissheit.<sup>315</sup>

Zu guter Letzt sei noch ein Fall vorgestellt, der in die letzte Kategorie der unklaren Diagnosefindung fiel, da sich die damals behandelnden Ärzte innerhalb der Universitätsnervenklinik nicht auf eine gemeinsame Diagnose einigen konnten. Der Fall war auch deshalb interessant, da es sich bei diesem Patienten vermutlich um den Sohn eines Professorenkollegen handelte. Zur Anonymisierung wird er im Folgenden mit „X“ abgekürzt:

Der 17jährige Gymnasiast X.<sup>316</sup> wurde am 6.10.1944 aufgenommen. Aus der Vorgeschichte erfahren wir, dass er am 20.9.1944 als Arbeitsmann zum Reichsarbeitsdienst kam. Kurze Zeit danach erkrankte er an einer starken Erkältung mit Fieber:

„Nach einigen Tagen merkte er, dass sein Denken nicht mehr so war wie früher. Es traten Halluzinationen auf.“

Die Anfangsdiagnose lautete „Hebephrenie?“. Es erfolgte eine Behandlung mit Beruhigungsmitteln, eine Behandlung des Infekts und es wurde eine Insulinkomatherapie durchgeführt. Zusätzlich fand eine ausführliche Diagnostik mit teilweise zweitäglichen Blutentnahmen statt sowie ein Test auf „Trypsinresistenz“, „antitryptische Resistenz“ und „Abderhalden“ im Urin.<sup>317</sup> Behandlung und Diagnostik waren außergewöhnlich umfangreich und fanden sich so in keiner anderen Akte wieder. An zusätzlichen Informationen lag eine zehnsseitige, mit Schreibmaschine geschriebene „Vorgeschichte der Erkrankung von X.“ bei, verfasst vom Vater.

Bis zum 15.12.44 besserte sich das Zustandsbild so weit, dass der Patient nach Hause beurlaubt werden konnte, allerdings mit regelmäßigen ambulanten Vorstellungen und wöchentlichen Blutkontrollen. Man kümmerte sich also intensiv um den jungen Mann.<sup>318</sup>

---

<sup>315</sup> Aus heutiger Sicht könnte man eine „nicht näher bezeichnete psychische Störung“ (F.99) nach ICD-10 vergeben.

<sup>316</sup> Patientenakte 44578.

<sup>317</sup> Diese Untersuchungen fielen in das wissenschaftliche Interessengebiet vor allem des Kretschmer-Assistenten Mall. Vgl. dazu auch Grundmann S. 621ff.

<sup>318</sup> Sogar so ausführlich, dass Krankenblätter und Kurven komplett in doppelter Ausführung vorhanden waren. Zusätzlich gab es ein Sonderblatt mit Notizen über das Befinden des Patienten.

Laut Akte erfolgte eine Wiederaufnahme des Patienten am 29.3.1945. Der Grund dafür wurde aus der Akte nicht klar.<sup>319</sup> Zwei Wochen später (am 12.4.1945) fand sich in der Akte der Vermerk „Übernahme durch Stabsarzt Dr. Elster“. Letzterer verfasste auch die Schlusszusammenfassung und Beurteilung des Falls, die auf einem losen Blatt ohne Datumsangabe in der Akte lag.<sup>320</sup> In dieser hieß es:

„Bei der Aufnahme war Pat stark verwirrt, hatte Wahnvorstellungen und Halluzinationen. Es zeigte sich das typische Bild einer Schizophrenie. Auf Insulin-Schockbehandlung, Novoprotin-Rodoxon-, sowie Betaxin- und Calcipronatbehandlung besserte sich das Zustandsbild bis zum 15.12.1944. Die psychotischen Innenerlebnisse waren nicht mehr vorhanden. Auch subjektiv fühlte X. sich völlig frei. Seit dieser Zeit trat kein schizophrener Schub mehr ein. Auffallend ist lediglich noch eine sehr rasche Ermüdbarkeit und ein leichter Konzentrationsmangel. Eine Entlassung kann daher erfolgen.

X. muss in Zukunft noch geschont werden, da bei stärkeren seelischen und körperlichen Belastungen ein neuer Schub eintreten kann.“

Als Diagnose wurde „Zustand nach Schizophrenie“ angegeben und es erfolgte sogar eine Beurteilung nach „U15,1 w.u.“ ohne „WDB“, obwohl die endgültige Entlassung aus der Klinik am 14.6.1945 (also weit nach dem offiziellen Kriegsende) stattfand.

Die Diagnose schien also vollkommen klar und unzweifelhaft. Sie wurde, ebenso wie das Entlassungsdatum, mit grüner Tinte auf das Stammdatenblatt eingetragen und in das Aufnahmebuch übernommen. – Allerdings wurde danach das Wort „Schizophrenie“ mit Bleistift eingeklammert und stattdessen daneben geschrieben: „symptomat. Psychose nach Infekt mit schiz. Symptomfärbung“. Der Schrift nach zu urteilen, dürfte diese Änderung von Kretschmer stammen.<sup>321</sup>

An diesem Fall lassen sich zwei Dinge noch einmal gut verdeutlichen:

(1) Die Behandlung von Patienten war unterschiedlich aufwändig bzw. unterschiedlich genau: X.' Akte fiel zunächst durch ihre ausführliche Dokumentation auf. Diagnostik und Therapie waren ebenfalls umfangreich und die Beurlaubung des Patienten mit ambulanter Fortführung der Behandlung und Dokumentation derselben in der Akte war ungewöhnlich.<sup>322</sup>

---

<sup>319</sup> Auffälligerweise war dies gerade ein Tag nach dem Kriegsende in Marburg. Ob es hier einen Zusammenhang gab, blieb offen.

<sup>320</sup> Im letzten Behandlungsmonat fehlte eine Dokumentation völlig. Für die Schlusszusammenfassung und Beurteilung zeichnete neben Abteilungsarzt Dr. Elster als Chefarzt Dr. Schmidt (Oberfeldarzt) verantwortlich.

<sup>321</sup> Wer hätte auch sonst das Recht gehabt, eine Diagnose zu ändern?

<sup>322</sup> Vermutlich war dies nicht der einzige Patient, bei dem die Therapie ambulant fortgeführt wurde. Aber es ist der einzige in der hiesigen Untersuchung, bei dem dies auch in der Akte dokumentiert wurde.

Über die Gründe hierfür lässt sich letztlich nur spekulieren: Einerseits könnte dahinter ein gewisses wissenschaftliches Interesse stecken. Dafür spricht die ausführliche Diagnostik mit Untersuchungen, die vor allem in das Forschungsgebiet des Assistenten Mall fielen. Die Tatsache, dass die Symptome wohl erstmals in Zusammenhang mit einer fieberhaften Erkrankung auftraten, könnte dieses wissenschaftliche Interesse noch verstärkt haben.

Andererseits könnte die höhere Aufmerksamkeit auch mit dem sozialen Status des Patienten zusammengehangen haben. Handelte es sich vermutlich doch um den Sohn eines Professorenkollegen, der über den Zustand seines Sohnes stark beunruhigt war.<sup>323</sup>

(2) Die Diagnosefindung war auch innerhalb der Marburger Klinik umstritten.

Wie bereits an anderen Beispielen gezeigt, war der diagnostische Spielraum der behandelnden Ärzte groß. Dabei kam es anscheinend nicht nur zu Unstimmigkeiten zwischen verschiedenen Kliniken, sondern auch zu Unstimmigkeiten innerhalb einer Klinik. Letztlich ist die Diagnoseänderung durchaus nachvollziehbar.<sup>324</sup>

Der Fall zeigt, dass Kretschmer wohl hinsichtlich seiner Diagnosestellung vorsichtiger und zurückhaltender war als einige seiner Kollegen, und untermauert seine Aussage von 1934 über den vorsichtigen Umgang mit Diagnosen.

Auffällig war in diesem Fall allerdings auch wieder der höhere soziale Status des Patienten.

### 1.1.3 Zusammenfassung und Diskussion

Hinsichtlich des Diagnosenvergleichs ergab sich, dass in zwei Dritteln der Fälle anhand der vorhandenen Aufzeichnungen in den Akten die gestellten Schizophreniediagnosen mittels ICD-10-Kriterien nachvollzogen werden konnten. Das restliche Drittel (25 Fälle) entsprach nicht den ICD-10-Kriterien einer akuten Schizophrenie. Betrachtete man diese Patientengeschichten jedoch genauer, so relativierte sich der Widerspruch in der Mehrzahl der Fälle: In einigen Fällen sahen die behandelnden Psychiater ihre Diagnose auch als nicht sicher an und schränkten diese entsprechend ein. In anderen Fällen übernahm man eine früher gestellte Schizophreniediagnose, obwohl die Patienten keine

---

<sup>323</sup> Ein letzter rein spekulativer Gedanke wäre dazu noch, ob man mit dem bewussten Ausdehnen der Behandlung den jungen Mann vor einem Einzug zum Wehrdienst kurz vor Ende des Krieges schützte. Konkrete Hinweise dafür ergaben sich aus der Akte jedoch nicht.

<sup>324</sup> Aus heutiger Sicht ist die Diagnoseänderung richtig. Die endgültige Diagnose „Schizophrenie“ würde sich erst mit einem Psychosereizidiv ergeben.

akuten Symptome einer solchen zeigten, wenn sie – beispielsweise anlässlich einer Begutachtung – zur Aufnahme kamen. In diese beiden Kategorien, die als nicht direkt widersprüchlich zur ICD-10 gewertet wurden, ließen sich insgesamt 20 Patienten einordnen.<sup>325</sup> Letztlich in mehr oder weniger deutlichem Widerspruch zur ICD-10 blieben nur fünf Diagnosen.

So ergab sich die Vermutung, dass Kretschmer, als leitender Klinikdirektor verantwortlich für den Modus der Diagnosevergabe, einen eher engen Schizophreniebegriff vertrat, der dazu führte, dass in Zweifelsfällen zunächst eine Grenzdiagnose zur Schizophrenie vergeben wurde. Hinweise dafür waren neben der eigenen (bereits oben zitierten) Aussage Kretschmers auch die erwähnten Fallbeispiele, die unter anderem noch einmal verdeutlichten, dass rein wahnhaftige Entwicklungen in Marburg klar von einer Schizophrenie abgegrenzt wurden.<sup>326</sup> Das Beispiel des Albert N. stellte diesbezüglich wohl eine Ausnahme dar.

Welche Gründe könnte dieses Vorgehen Kretschmers gehabt haben? Schaut man sich den wissenschaftlichen Hintergrund Kretschmers an, so verwundert seine Zurückhaltung nicht. Hervorzuheben ist dabei vor allem Kretschmers mehrdimensionaler Diagnoseansatz, der ihn von der Kraepelinschen Schule entfernte und eine differenziertere Diagnostik begründete.<sup>327</sup> Auch hinsichtlich des Wahns vertrat Kretschmer eine andere Meinung als viele seiner Kollegen, die diesem Krankheitsbild eine Eigenständigkeit absprachen und es der Schizophrenie zuordneten.<sup>328</sup>

Darüber, ob diese vorsichtige Einstellung zur Diagnosevergabe auch zeitpolitisch motiviert war (Stichwort „Rassenhygiene“) oder ob Kretschmer gar – wie bis heute vorhandene Gerüchte besagen – Patienten umdiagnostiziert haben soll, um sie während der NS-Zeit vor einem schlimmeren Schicksal zu bewahren, kann nur spekuliert werden. Belegt ist, dass Kretschmer der „Rassenhygiene“ grundsätzlich nicht ablehnend gegen-

---

<sup>325</sup> Vgl. dazu C.III.1.1.2.

<sup>326</sup> Diese Ansicht wurde in der Epikrise eines Patienten, der mit der Diagnose einer „paranoiden Psychose“ entlassen wurde, noch einmal explizit formuliert. Dort heißt es: „Da es sich bei K. um eine zweifellos durchgemachte schwere Psychose unklarer Ätiologie handelt, so ist er (...) aus der Wehrmacht zu entlassen. Eine WDB liegt nicht vor. Die Diagnose einer Erbkrankheit konnte nicht mit der vom Gesetz geforderten einwandfreien Sicherheit gestellt werden. Meldung erfolgte nicht.“ Patientenakte 40554. (Der Patient wurde nicht in die Untersuchung der Schizophreniefälle miteinbezogen.)

Auch ein (weiter unten noch zu zitierendes) Schreiben an den Amtsarzt bezüglich der Sicherheit der Diagnosestellung untermauert diese Einstellung. Vgl. dazu Kapitel C.III.3.2.

<sup>327</sup> Vgl. dazu auch Priwitzer S. 280ff.

<sup>328</sup> S. dazu Kapitel B.1.2.4.

über stand.<sup>329</sup> Er forderte allerdings auch, die gesetzlichen Vorgaben (vor allem was die Sicherheit der Diagnosestellung anging) einzuhalten.<sup>330</sup>

Mit seinem enger gefassten Schizophreniebegriff schützte Kretschmer sicherlich einige Patienten (zunächst) vor einem staatlichen Zugriff. Ob dies jedoch aus rein wissenschaftlichen oder auch aus ethischen Gründen geschah, bleibt offen.

In diesem Zusammenhang fiel noch eine zweite Tatsache auf: Einige Patienten, die zunächst Grenzdiasen erhielten, stammten aus einer höher gebildeten sozialen Schicht. Auch wenn die Fallzahl zu gering war, um eine statistisch fundierte Aussage zu treffen, warf sie – in Kombination mit dem bereits beschriebenen schlechteren Bildungsniveau der Marburger schizophrenen Patienten – wieder die Frage nach einem Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Diagnosestellung auf.<sup>331</sup> Da das „statistische Eis“ an dieser Stelle sehr dünn war, konnte es jedoch nur bei Vermutungen bleiben.

Eine letztgültige Einordnung von Kretschmers Verhalten und dem Modus der Diagnosevergabe in Marburg ist hier letztlich nicht möglich, da sowohl entsprechende Längsschnittuntersuchungen innerhalb der Marburger Klinik als auch Zahlen anderer Kliniken diesbezüglich fehlen. Die in anderen Untersuchungen auffällige Sicherheit der Diagnosestellung (in Anbetracht eines unscharfen und im Wandel begriffenen Krankheitsbegriffes) kann hier jedoch nicht nachvollzogen werden.

Für den Rahmen dieser Untersuchung kann man sagen, dass an der Marburger Universitätsnervenklinik bezüglich der Schizophreniepatienten (in der Regel) keine leichtfertige Diagnosevergabe erfolgte. Über die Tragweite ihrer Entscheidung mussten sich schließlich alle Psychiater der damaligen Zeit im Klaren sein.

---

<sup>329</sup> Vgl. dazu Krähwinkel 2001 S. 454ff.

<sup>330</sup> Vgl. dazu nochmals das Schreiben an den Amtsarzt in Kapitel C.III.3.2.

<sup>331</sup> Vgl. dazu auch Müller S. 77ff sowie Aumüller S. 604: Bei letzterem wird im Zusammenhang mit „Psychopathie“-Diasen bei Offizieren die Vermutung geäußert, „dass man bei dieser Klientel mit der Diagnose sehr viel vorsichtiger war, da sie offenbar eine soziale Stigmatisierung darstellte.“

## 1.2 Weitere Untersuchungsbefunde

Neben dem psychopathologischen Befund ließen die Akten noch weitere, vor allem anamnestische Befunderhebungen zu:

Hier wäre zunächst Kretschmers Spezialgebiet zu nennen, nämlich sein körperliches Konstitutionsschema: Der ausgefüllte Bogen fand sich 23 Mal in den Akten, eine Konstitutionsdiagnose wurde insgesamt bei 30 Patienten vergeben.<sup>332</sup> Da die Konstitutionsforschung eines der Hauptforschungsgebiete Kretschmers darstellte, erstaunte die geringe Fallzahl allerdings. Vermutlich wurde auch hier der Realität des Krieges mit ihrer verminderten personellen Besetzung Rechnung getragen.

In der Eigenanamnese wurde vor allem auf Kopfverletzungen, Alkoholabusus sowie Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Lues etc. geachtet, die jedoch häufig ausdrücklich als Verursacher der Erkrankung ausgeschlossen wurden. Die Familienanamnese mit besonderem Augenmerk auf psychiatrische Erkrankungen und Suizid war bei 28 Patienten positiv.

In 64 Akten fanden sich körperliche Untersuchungsbögen, die mehr oder weniger ausgefüllt waren. Gelegentlich wurde der körperliche Untersuchungsbefund auch am Ende des psychopathologischen Befundes in der Krankengeschichte notiert.

Ergänzend zu den anamnestischen Erhebungen und zum körperlichen Status wurden vermutlich standardmäßig Laboruntersuchungen durchgeführt: Bei 72 Patienten fanden sich eine Urinuntersuchung, ein Blutbild sowie die Untersuchungen der Kahn- und Citochol-Reaktion auf das Vorliegen einer Lues.<sup>333</sup> Zusätzlich wurde bei 42 Patienten noch die Blutsenkung untersucht. In den verbliebenen sieben Patientenakten lag in zwei Fällen kein Blutbild vor, in einem Fall fehlte die Urinuntersuchung und in vier Fällen fand sich keine Angabe.

In vier Akten fanden sich zusätzlich Untersuchungen der „Abderhalden´sche Reaktionen“, die vor allem das Forschungsgebiet des Kretschmer-Assistenten Mall darstellten.<sup>334</sup>

---

<sup>332</sup> Die Häufigkeiten der Konstitutionsdiagnosen lauteten wie folgt: vorwiegend leptosom oder asthenisch zwölfmal, vorwiegend athletisch achtmal, Mischdiagnose pyknisch-athletisch einmal, vorwiegend pyknisch fünfmal, vorwiegend dysplastisch dreimal sowie einmal „Mittelform“.

<sup>333</sup> In diesem Zusammenhang fanden sich gelegentlich auch Wassermann-Reaktion und Meinicke-Klärungsreaktion.

<sup>334</sup> Vgl. dazu Grundmann S. 621ff.

Es wurden also bei fast allen Patienten Laboruntersuchungen durchgeführt. Im Vergleich dazu lag der Anteil an Blut- und Urinuntersuchungen schizophrener Patienten in den Wittenauer Heilstätten mit ca. 40-45 Prozent wesentlich niedriger.<sup>335</sup> Dieser Unterschied lässt sich vermutlich am ehesten wieder durch das unterschiedliche Selbstverständnis einer Universitätsnervenklinik gegenüber einer Heilanstalt erklären.

In Abhängigkeit vom Krankheitsbild ließen sich noch weitere Untersuchungsbefunde in der Akte finden, insbesondere vor der Durchführung von Schock- oder Krampftherapien. Dazu im nächsten Kapitel mehr.

---

<sup>335</sup> Dörries 1999a S. 366ff.

## 2. Therapie

In diesem Kapitel soll zunächst geklärt werden, ob die Patienten überhaupt einer Therapie unterzogen wurden und wenn ja, welcher. Unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten soll darauf geachtet werden, ob es Unterschiede in der Behandlung zwischen Soldaten und Zivilisten gab. Danach sollen die einzelnen therapeutischen Maßnahmen näher untersucht werden. Diese – in der Theorie oben bereits beschriebenen – Behandlungsmethoden sollen hier bezüglich ihrer Anwendung in Marburg dargestellt werden, auch anhand von ausgesuchten Fallbeispielen.

Wie bereits im Einführungsteil vermerkt, war die Dokumentation von Therapien, vor allem von weniger invasiven Therapien, häufig unvollständig. Das Folgende ist mit dieser Einschränkung zu lesen.

### 2.1 Durchführung und Art der Therapien

Die folgenden Tabellen geben einen ersten Überblick über die *Durchführung von Therapien* und klären, in welchem Verhältnis dabei Lazarettpatienten zu Zivilisten standen.

**Tabelle 22: Anzahl der therapierten Patienten, verteilt über die Kriegszeit in Marburg**

Jahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Patientenzahl gesamt	4	12	22	10	13	16	2	79
Therapierte Patienten	1	5	12	6	9	12	1	46

Bei insgesamt gut 58 Prozent aller Patienten kam also eine Therapie zur Anwendung. Fächerte man die therapierten Patienten weiter auf in Lazarettpatienten und Nicht-Lazarettpatienten, so ergab sich folgende Verteilung:

**Tabelle 23: Therapierte Patienten, aufgeteilt in Lazarett- und Nicht-Lazarettpatienten**

Jahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Therapierte Patienten gesamt	1	5	12	6	9	12	1	46
Zivilisten	1	1	7	2	4	7	0	22
Soldaten	0	4	3	3	3	4	1	18
Ang. v. Wehrhilfsorg.	0	0	0	1	1	1	0	3
Kriegsgefangene	0	0	1	0	0	0	0	1
Zwangsarbeiter	0	0	1	0	1	0	0	2

Betrachtet man Soldaten, Angehörige von Wehrhilfsorganisationen und Kriegsgefangene gemeinsam in ihrer Funktion als Lazarettpatienten, so stellten sie knapp die Hälfte der behandelten Patienten (22 Patienten oder 48 Prozent). Das entsprach auch ungefähr

ihrem Gesamtanteil an den untersuchten Patientengeschichten der Nervenlinik (47 Prozent oder 37 von 79 Patientenakten absolut). Umgekehrt entsprachen sich auch der Anteil der behandelten zivilen Patienten und der Anteil der zivilen Patienten an der Gesamtheit der untersuchten Patientengeschichten.

Es lässt sich also keine quantitative Bevorzugung einer Patientengruppe gegenüber einer anderen erkennen.

Es stellte sich nun die Frage, warum 42 Prozent der Patienten – auch hier sind Wehrmachtsangehörige und Nicht-Wehrmachtsangehörige prozentual ungefähr gleich vertreten – nicht behandelt wurden. Dabei ließen sich drei Schwerpunkte ausmachen:

(1) Betrachtet man alle Patienten zusammen, so war der größte Teil der nicht behandelten Patienten (nämlich 23 von 33 Patienten) zur Beobachtung oder Begutachtung in der Klinik. Bei Soldaten (10 der 23 Patienten) ging es dabei um die Beurteilung der Dienstfähigkeit, in einem Fall zusätzlich auch um die Begutachtung der Schuldfähigkeit.<sup>336</sup>

(2) Fünf der nicht behandelten Patienten (zwei Soldaten, drei Nicht-Lazarettpatienten) wurden zur weiteren Behandlung in andere Kliniken verlegt.

(3) Für die noch verbleibenden fünf Patienten ergab sich folgendes Bild: bei drei Patienten bestand explizit keine Therapieindikation (spontane Besserung, Defektzustand) und in einem Fall konnte aufgrund technischer Schwierigkeiten keine Behandlung durchgeführt werden. Nur bei einem Patienten blieb der Grund unklar.<sup>337</sup>

#### *Art der durchgeführten Therapien*

46 Patienten wurden in irgendeiner Weise therapeutisch behandelt, entweder mit einer oder mehreren der nachfolgend aufgeführten Methoden:

---

<sup>336</sup> Näheres zu den Begutachtungen in Kapitel C.III.3.1 sowie zu den Beurteilungen der Dienstfähigkeit in Kapitel C.II.2.4.

<sup>337</sup> Patientenakte 45158.

**Tabelle 24: Durchgeführte Therapien, verteilt über die Kriegszeit; Mehrfachnennungen pro Patient möglich**

Jahr	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Gesamt
Therapierte Patienten	1	5	12	6	9	12	1	46
Durchgeführte Therapien:								
- Arbeitstherapie	0	1x	3x	4x	5x	3x	1x	17x
- Dämmerschlaf	1x	1x	7x	2x	3x	0	0	14x
- Insulinkomatherapie	0	3x	8x	1x	3x	4x	0	19x
- Cardiazoltherapie	1x	5x	6x	1x	1x	0	0	14x
- Elektrokrampftherapie	0	0	0	5x	7x	9x	0	21x

Bei der Auswertung der Akten ergab sich das Problem, dass weniger schizophrenie-spezifische und weniger invasive Maßnahmen nicht genau dokumentiert wurden. So wurde beispielsweise die Arbeitstherapie in der Regel nur in einem Nebensatz erwähnt, ohne dass genau spezifiziert worden wäre, um was es sich dabei eigentlich handelte.<sup>338</sup> Auch die Dämmerschlaftherapie wurde nur sehr ungenau dokumentiert – insbesondere, wenn man Akteneinträge und Kurvenblatt miteinander verglich. So ergab sich die Situation, dass eine Dämmerschlaftherapie zwar explizit 14 Mal erwähnt wurde, in weiteren fünf Fällen allerdings die von pflegerischer Seite im Kurvenblatt durchgeführte Dokumentation auch zu einer Dämmerschlaftherapie passen würde.<sup>339</sup> Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit wurden jedoch bei der Art der durchgeführten Therapien die Akteneinträge als Bezugspunkt gewählt. Insbesondere was also die Arbeitstherapie und die Dämmerschlaftherapie betrifft, ist davon auszugehen, dass die oben genannten Zahlen ein Minimum darstellen.

Bei den Schock- und Krampftherapien kann dagegen angenommen werden, dass – aufgrund des größeren Aufwandes (sowie des damit verbundenen Risikos für die Patienten) und des größeren wissenschaftlichen Interesses gegenüber einer neuen Methode – eine durchgeführte Therapie zumindest in der Epikrise ihre Erwähnung fand. Dieser etwas andere Umgang mit den Schocktherapien schlug sich auch in den ab 1941 erfolgten Herz-Kreislauf-Voruntersuchungen der medizinischen Poliklinik sowie den bei den Angehörigen eingeholten Einverständniserklärungen zur Therapie nieder.

<sup>338</sup> Vgl. dazu auch Müller S. 66. Meist fanden sich nur allgemeine Hinweise, wie z.B. dass die Arbeitstherapie „weitere Lockerung“ brachte. (Patientenakte 42123) Ab und zu fanden sich in den Akten Kommentare, wie „Patient zeigt sich arbeitswillig“, etc. Häufig ging daraus nicht hervor, ob damit eine Arbeitstherapie oder kleinere Verrichtungen auf Station gemeint waren. Diese Fälle wurden nicht zur Arbeitstherapie gerechnet.

<sup>339</sup> Umgekehrt ergab es sich auch, dass ein Dämmerschlaf nur in der Akte erwähnt wurde, aber nicht in der Kurve (z.B. Patientenakte 40677).

Während sich Arbeitstherapie und Dämmer Schlaf als weniger spezifische Behandlungsmethoden inkonstant über die Jahre verteilten, zeigten sich bei den spezifischeren Behandlungsmethoden der Schizophrenie, also den Schocktherapien, zwei Gipfel: Bis zum Jahr 1942 standen vor allem Cardiazolschock- und Insulinkomatherapie im Vordergrund, bis sie von der im selben Jahr eingeführten Elektrokrampftherapie abgelöst wurden. Die Cardiazolkrampftherapie verlor dabei komplett an Bedeutung, während die Insulinkomatherapie weitergeführt wurde. Wie im Literaturteil zur Schizophrenie bereits ausgeführt, wurde die Insulinkomatherapie für schizophrene Patienten eigentlich im Februar 1942 untersagt. Es gab jedoch die Möglichkeit für Klinikdirektoren, „weiterhin gewisse Insulinmengen“ zur Behandlung von Schizophreniepatienten zu beantragen, so dass diese Therapiemethode weitergeführt werden konnte.<sup>340</sup> Als alleinige Therapie wurde die Insulinkomatherapie noch zweimal 1944 angewendet, nachdem das Marburger Elektroschockgerät beschädigt war.

Hinsichtlich der Therapiemethoden waren alle möglichen Kombinationen denkbar. So wurde häufig die Arbeitstherapie mit Schocktherapien kombiniert, immerhin viermal wurde sie jedoch auch als alleinige Therapie genannt.<sup>341</sup> Eine alleinige Dämmer Schlaftherapie fand sich in drei Fällen. Das bedeutet, dass in sieben von 46 Behandlungsfällen (15 Prozent) als alleinige Therapie eine eher unspezifische Behandlungsmethode angewendet wurde.

Betrachtet man nur die kombinierten Schocktherapien, so hatte sich als Kombination im Sinne einer gleichzeitigen Durchführung die Insulin-Cardiazol-Schocktherapie etabliert. Sie wurde insgesamt sechsmal, einmal 1940 und fünfmal 1941, erwähnt. Als aufeinander folgende Therapie wurde die Kombination Insulin/Cardiazol einmal erwähnt, für die Kombination Insulin/Elektroschock traf dies sechsmal zu. Aber auch die Kombination Elektro- mit Cardiazolschock war zweimal verzeichnet. Insgesamt zeigte sich, dass die Kombination Insulin-Cardiazol-Schock – als feste Kombination in der damaligen Literatur etabliert – nach Einführung der Elektrokrampftherapie im Jahr 1942 zugunsten der Kombination Insulinkoma/Elektroschock aufgegeben wurde. Bis Anfang 1943 „experimentierte“ man aber anscheinend auch mit der eher ungewöhnlichen Kombination Elektro- und Cardiazolschock. Als alleinige Schocktherapie etablierte sich vor allem 1944 die Elektrokrampftherapie, vermutlich ein Tribut an die Tatsache, dass Insulin als knappes Gut während des Krieges nicht mehr so frei verfügbar war.

---

<sup>340</sup> Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 121 (1942), S. 188.

<sup>341</sup> Davon jedoch zweimal gegen Ende des Krieges. (Patientenakten 44454, 45083.)

Noch ein kurzes Wort zu den „psychotherapeutischen Methoden“, die – abgesehen von der Arbeitstherapie als „psychagogischer Methode“ – in obiger Aufstellung gar nicht erwähnt sind: Obwohl sich Ernst Kretschmer mit diesem Thema zwar befasste, spielte es in den konkreten Therapien anscheinend keine Rolle oder wurde zumindest nicht dokumentiert. Lediglich in zwei Fällen wurde – in Kombination mit anderen Therapien – eine „psychotherapeutische Einwirkung“<sup>342</sup> bzw. „psychologische Behandlung“<sup>343</sup> erwähnt, ohne dass diese jedoch konkretisiert wäre.

### *Therapien bei Soldaten*

Betrachtete man die durchgeführten Therapiemethoden bei Soldaten, so fiel auf, dass in den Akten überdurchschnittlich häufig die Durchführung einer Arbeitstherapie erwähnt wurde (insgesamt elfmal bei einer Gesamtzahl von 17 Nennungen der Arbeitstherapie). Die für die Schizophrenie spezifischeren Schockmethoden wurden bei ihnen jedoch nicht häufiger als bei zivilen Patienten eingesetzt: Bei den 39 Patienten, die einer oder mehrerer Schocktherapien unterzogen wurden, fanden sich 13 Soldaten (also genau ein Drittel). Damit waren sie entsprechend ihrem Gesamtanteil von 39 Prozent aller therapierten Patienten sogar leicht unterrepräsentiert.<sup>344</sup>

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass schizophrene Soldaten weder quantitativ noch – hinsichtlich der schizophreniespezifischen Behandlungsmethoden – qualitativ zivilen Patienten vorgezogen wurden. Insofern führte – mit Blick auf die Militärpsychiatrie – die Einrichtung des Lazaretts nicht zu einer zusätzlichen stärkeren therapeutischen Benachteiligung der zivilen Patienten,<sup>345</sup> auch wenn sich, absolut gesehen, wohl die Behandlung von Zivilisten während des Krieges insgesamt verschlechterte.<sup>346</sup>

---

<sup>342</sup> Patientenakte 41270.

<sup>343</sup> Patientenakte 39430.

<sup>344</sup> Aber auch an dieser Stelle sei nochmals auf die große statistische Beeinflussbarkeit dieser Zahlen hingewiesen: Mit nur zwei Patienten mehr würde man eine der Gesamtverteilung entsprechende Zahl erreichen.

<sup>345</sup> Diese Sicht setzt natürlich den therapeutischen Sichtwinkel des Arztes voraus, der die Schocktherapien im Glauben einer spezifischen Behandlung der Schizophrenie durchführt. Ob die Patienten nicht lieber auf diese Art von Behandlung verzichtet hätten, ist eine andere Frage.

<sup>346</sup> Vgl. dazu auch Krähwinkel 2001a S. 566ff.

### *Voruntersuchungen und Einverständnis mit der Therapie*

Wie bereits oben erwähnt, fanden sich ab 1941 vor der Durchführung von Schocktherapien Voruntersuchungen der medizinischen Poliklinik und Einverständniserklärungen zur Therapie in den Akten. Die Voruntersuchung umfasste einen Herz-Kreislaufbefund inklusive Blutdruck, EKG und „Durchleuchtung“.<sup>347</sup> Gab es von dieser Seite Bedenken, so wurde auf eine Therapie verzichtet.<sup>348</sup> Solche Untersuchungsbefunde lagen ab 1941 29 Mal in den Akten oder wurden zumindest in den Akteneintragungen erwähnt. In 26 Fällen wurden diese Patienten dann auch einer Cardiazol-, Elektrokrampf- oder Insulin-therapie unterzogen. Siebenmal fand eine solche Behandlung nach 1941 ohne einen entsprechenden Befund statt; dabei wurde jedoch in einem Fall explizit darauf hingewiesen, dass eine Voruntersuchung wegen des Verhaltens des Patienten nicht möglich gewesen sei.<sup>349</sup> Die meisten internistischen Voruntersuchungen fehlten 1944. Ob diese nicht durchgeführt oder gegen Ende des Krieges einfach nicht mehr ordentlich dokumentiert wurden, ließ sich nicht klären.

Weniger konsequent war man jedoch von Anfang an mit der Einholung und Dokumentation von Einverständniserklärungen: Eine solche fand sich ab 1941 nur 17 Mal in den Akten, in 16 Fällen mit nachfolgender Therapie. Diese Einverständniserklärungen zur Schocktherapie wurden allerdings auch nie von den Patienten selbst, sondern immer von den Angehörigen unterzeichnet. Die Hypothese, dass dies dann ja in besonderem Maße für Minderjährige gelten müsse, bestätigte sich bei der Auswertung allerdings nicht: In drei von sieben Fällen fand sich keine schriftliche Einverständniserklärung der Angehörigen.<sup>350</sup>

Die unterschiedliche Dokumentation von Einverständniserklärungen und Voruntersuchungen dürfte sicherlich dem damals gängigen ärztlichen Selbstverständnis entsprechen haben, das zwar auf der korrekten Durchführung von Therapien (inklusive notwendiger Voruntersuchungen) bestand, den Patienten selbst jedoch lediglich als Objekt wahrnahm. Aber auch hier muss eine mögliche unvollständige Aktenführung gegebenenfalls einschränkend in die Kritik miteinbezogen werden.

---

<sup>347</sup> Es wurde eine entsprechende Röntgenaufnahme des Herzens angefertigt.

<sup>348</sup> Dies traf zum Beispiel für den Patienten Arnold K. zu, der wegen eines in der medizinischen Poliklinik diagnostizierten Herzmuskelschadens keiner Schockbehandlung unterzogen wurde. (Patientenakte 42269.)

<sup>349</sup> Patientenakte 43438.

<sup>350</sup> Patientenakten 42507, 43438, 44578.

## 2.2 Der Dämmerschlaf

Die Dämmerschlafbehandlung stellte keine für die Schizophrenie spezifische Behandlungsmethode dar, sondern wurde allgemein bei „erregten Psychosen“, aber auch bei einem Status epilepticus, einer Chorea, bei Tetanus und bei Morphiumentzugskuren angewandt.<sup>351</sup>

Eine Dämmerschlafbehandlung wurde in den Akten explizit 14 Mal als Therapieform erwähnt, immerhin in drei Fällen als alleinige Therapieform. Im Verlauf der Auswertung ergab sich, dass bei weiteren fünf Patienten die im Kurvenblatt (also von pflegerischer Seite) dokumentierte Medikation in Art und Dosierung auch zu einer Dämmerschlaftherapie passen würde, ohne dass diese jedoch in der ärztlichen Dokumentation explizit erwähnt wurde. Die Zahl von 14 Dämmerschlafbehandlungen stellt somit vermutlich ein Minimum dar. Es ist wiederum anzunehmen, dass die Dokumentation bei spezifischeren und aufwändigeren Behandlungen genauer war.

Wie sah nun die konkrete Durchführung einer Dämmerschlafbehandlung in Marburg aus?<sup>352</sup> In den ausgewerteten Patientenakten fand sich noch ein genaues Dämmerschlafprotokoll aus dem Jahr 1939:<sup>353</sup> Dokumentiert ist darin neben der Tageszeit des Einlaufs und den Medikamenten auch das Schlafverhalten sowie Puls und Atmung. Als Hauptmedikamente kamen vor allem Rektidon (ein Barbiturat) und Paral (Paraldehyd) sowie als leichtere Schlafmittel Phanodorm, Medinal und Adalin zum Einsatz. Der noch von Schoenen empfohlene Wechsel zwischen Avertin und Rektidon fand anscheinend nicht mehr statt – auch in zeitlich nachfolgenden Patientenakten wurde Avertin nicht mehr erwähnt.<sup>354</sup>

Bei dem betreffenden Patienten wurde die Therapie nach vier Tagen wieder abgebrochen. Aus dem Arztbrief erfahren wir dazu mehr:

„Es handelt sich bei der jetzigen kurzen Beobachtung und Behandlung des M. weniger um manifeste schizophrene Symptome als die Furcht des Pat, wieder zu erkranken. Durch diese Furcht war er unruhig und in ihr kamen die psychotischen Restsymptome besonders stark zum Vorschein. Paramimik, gezieltes Verhalten und innere Unsicherheit beherrschten das Bild.

---

<sup>351</sup> Schoenen S. 22f.

<sup>352</sup> An dieser Stelle sei nochmals auf die bereits erwähnte Dissertation von Schoenen aus dem Jahr 1937 verwiesen, die einen sehr guten Überblick über den prinzipiellen Verlauf einer solchen Behandlung gibt.

<sup>353</sup> Patientenakte 39430.

<sup>354</sup> Schoenen wies bereits darauf hin, dass Avertin teuer sei (S. 10) und sich mit Paraldehyd nicht vertrage (S. 14).

Wir suchten, den Pat mit Dämmer Schlaf zu behandeln. Er war aber stark negativistisch-ablehnend. Als wir dann eine mehr psychologische Behandlung begannen, drängte er sehr auf Entlassung, so dass wir ihn am 3.10. als ungeheilt gegen unseren Rat entlassen mussten.

Wir danken Ihnen nochmals verbindlichst für die Zuweisung.“

Hieran lässt sich gut der Stellenwert ablesen, der dem Dämmer Schlaf durch die behandelnden Ärzte zugemessen wurde: eine weniger spezifische Therapie, die bei Unruhezuständen eingesetzt wurde, die jedoch anscheinend auch ohne größeren therapeutischen Verlust wieder abgesetzt werden konnte. Dieses Absetzen aufgrund eines „negativistisch-ablehnenden“ Patienten stellte andererseits eine Besonderheit dar. In der Regel wurde – wie in nachfolgenden Beispielen noch zu zeigen – auf die Befindlichkeiten der Patienten gegenüber der Therapie wenig Rücksicht genommen.

Als „klassischeres“ Beispiel für eine Dämmer Schlafbehandlung sei hier noch die Krankengeschichte des 31jährigen Obersoldaten **Franz M.**<sup>355</sup> angeführt, der sich, nachdem er an der Ostfront eingesetzt war, krank meldete und schließlich wegen psychischer Auffälligkeiten im März 1942 nach Marburg zur Aufnahme kam. Dort wurde eine Katatonie diagnostiziert. Nach einer ersten Behandlung mit Elektrokrampftherapie und Arbeitstherapie im April kam es im August 1942 zu einem Erregungszustand, der mit einer Woche Dämmer Schlaf und Elektroschocks behandelt wurde. Die in Marburg angewandte Medikamentenmischung begann am ersten Tag mit

„½ Morphium ½ Scopolamin; 6,0 Paral; 5,0 Rectidon; 5,0 Paral“

und wurde in wechselnder Dosierung für die nächsten sechs Tage weiter gegeben. Zum Schluss wurde mit einer alleinigen Paralgabe für zwei Tage die Behandlung wieder aus geschlichen.

### 2.3 Die Cardiazolschockbehandlung

Eine Cardiazolschocktherapie wurde in den untersuchten Krankengeschichten insgesamt 14 Mal erwähnt, davon sechs kombinierte Behandlungen aus Insulinkoma und Cardiazolschock.

Die Cardiazolschock-Therapie fand meist zweimal wöchentlich statt. In der Akte (oder im Kurvenblatt) wurden die Tage dokumentiert, an denen eine Behandlung versucht wurde. Wie bereits oben beschrieben, ließ sich nicht immer sofort ein Krampfanfall auslösen. In diesen Fällen erfolgte eine zweite Injektion. Die Dokumentation der

---

<sup>355</sup> Patientenakte 42123.

Krampfanfälle war häufig ungenau, so dass sich nur schwer Angaben über die Häufigkeiten der ausgelösten Anfälle machen lassen. Die nachfolgende Tabelle gibt deshalb mit den „Häufigkeiten der Therapieversuche“ die Tage an, an denen eine Behandlung versucht wurde. Die Zahlen schwanken zwischen einem und zwölf Tagen. Die Zahl der Cardiazolinjektionen liegt dabei in der Regel höher und die Anzahl der erfolgreichen Anfälle niedriger.<sup>356</sup>

**Tabelle 25: Cardiazolschocktherapie (n=14)**

<i>Häufigkeit der Therapieversuche:</i>	<i>Patientenzahl</i>
< 4	2 (in beiden Fällen Therapieabbruch)*
4-8	5
9-12	4
Keine Angabe <sup>357</sup>	3

\* 1x auf Wunsch des Patienten, 1x auf Anordnung des Amtsarztes.

Wie bereits oben dargestellt, ging diese Diskrepanz zwischen der Anzahl der Cardiazolinjektionen und der Anzahl der ausgelösten Anfälle für den Patienten mit erheblichen Nebenwirkungen einher. In den Akten fanden sich jedoch wenig Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen oder zur Sicht der Patienten auf die Therapie; und wenn, wurden sie im Rahmen der Erkrankung gedeutet, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

Der 25jährige **Hermann B.**<sup>358</sup> wurde im Oktober 1940 in die Marburger Universitätsnervenklinik aufgenommen. Anfang November begann man eine Cardiazolschocktherapie, über deren Verlauf sich folgende Bemerkungen in der Akte fanden:

„7.11. Bei dem Patienten wird eine Cardiazolschockbehandlung durchgeführt, unter deren Einfluß der Patient innerlich deutlich ruhiger wird. (...)“

„13.12. Der Patient ist in den letzten Tagen wieder stark erregt, glaubt, daß er dauernd Gedanken zugerufen kriege, daß er kastriert werde. (...) Der Patient ist völlig uneinsichtig, will sich nicht behandeln lassen, hat vor den Cardiazolspritzen große Angst. Es scheint, als ob gegenwärtig ein neuer Zug mit stärksten Innenerlebnissen trotz Cardiazolschockbehandlung sich progredient entwickelt.“

<sup>356</sup> Als konkrete Beispiele lassen sich hier die beiden folgenden Patienten anführen: Bei Erich G. wurden an sieben Tagen Behandlungsversuche mit unterschiedlichem Erfolg unternommen. Dabei musste die Dosis des Cardiazols zur Auslösung eines Anfalls von anfänglich 0,5 auf 0,95 gesteigert werden. An zwei Tagen konnte erst mit einer zweiten Cardiazolgabe ein Anfall ausgelöst werden, an einem Tag waren sogar beide Versuche erfolglos. (Patientenakte 41130.)

Bei Franz S. sah die Cardiazolbehandlung konkret so aus, dass innerhalb von zwei Wochen an sechs Tagen mit steigender Dosierung versucht wurde, einen Anfall auszulösen. (Steigerung von 0,5 am ersten Tag auf 1,15 Cardiazol am letzten Tag.) Auch hier gelang die Anfallsauslösung zweimal erst nach einem zweiten Versuch und einmal überhaupt nicht. (Patientenakte 40586.)

<sup>357</sup> Die Angaben der Behandlung beziehen sich aus der Epikrise bzw. den Akteneinträgen. Die Kurvenblätter, die in der Regel die Behandlung genauer dokumentieren, fehlten.

<sup>358</sup> Patientenakte 40605.

Und wie schätzten die Marburger Psychiater den Erfolg ihrer Behandlung ein? Gemessen an der Besserung der Krankheitssymptome bei Entlassung des Patienten lag nach Einschätzung der behandelnden Ärzte der Erfolg bei alleiniger Behandlung mit Cardiazol bei 50 Prozent (bei acht ausgewerteten Patientenakten); bei Kombination mit Insulin mochte man bei fünf von sechs Patienten zumindest eine Besserung der Krankheitssymptome feststellen (wenn auch nur eine „Defektheilung“ und keine Vollremission).<sup>359</sup> Bei einem Patienten ließ sich allerdings auch mit gutem Willen keine Besserung des Zustandes feststellen.<sup>360</sup> Eine genauere Beschreibung einer kombinierten Insulin-Cardiazolschockbehandlung findet sich im nachfolgenden Abschnitt.

#### 2.4 Die Insulinkomatherapie

Eine Insulinkomatherapie wurde im untersuchten Zeitraum insgesamt 19 Mal angewendet, davon sechsmal in Kombination mit einer Cardiazolschocktherapie; das heißt, es wurde während des Komas zusätzlich ein Anfall ausgelöst.

Als Beispiel für die Durchführung einer Insulinkomatherapie sei hier der Fall des 18jährigen **Andreas H.**<sup>361</sup> angeführt, der am 5.12.1941 mit einem „katatonen Stupor“ zur Aufnahme kam: Nachdem am 30.12.1941 der Herz-Kreislauf-Befund der medizinischen Poliklinik sowie am 6.1.1942 die Einverständniserklärung zur Therapie durch die Tante vorlag, begann man am 8.1.1942 die Therapie mit 20 Einheiten Insulin. Diese Dosis wurde zunächst um vier Einheiten am nächsten Tag und dann in der Regel kontinuierlich um zwölf Einheiten an den darauf folgenden Tagen gesteigert, bis schließlich eine maximale Dosis von 228 Einheiten erreicht wurde. Wenn es keine Komplikationen gab (wie zum Beispiel „Erbrechen nach Zuckerwassergabe“), erfolgte die Behandlung an sechs aufeinanderfolgenden Tagen, bevor für einen Tag pausiert wurde. Aus einem Akteneintrag vom 5.2.1942 erfahren wir, dass mit der Therapie regelmäßig ein Koma erreicht wurde. Ab dem 13.3.1942 wurde die Dosis wieder langsam reduziert bis zu einer letzten Dosis von 20 Einheiten am 29.3.1942. Laut Akteneintrag vom 30.3. hatte der Patient bis zu diesem Zeitpunkt 28 Insulinkomata durchgemacht.

In der Verlaufsdocumentation der Akte liest sich das so:

---

<sup>359</sup> Vgl. dazu auch die angegebenen Erfolgswahlen in Kapitel B.3.2.4.

<sup>360</sup> Patientenakte 40737.

<sup>361</sup> Patientenakte 41819.

„17.1. (...) Pat steht auf 92E, verspürt aber noch keine Wirkung. Er steht nachmittags auf und nimmt wie bisher, soweit er es kann am Stationsbetrieb teil. Dabei spricht er aber wenig, der Stupor hat sich bis jetzt noch wenig verändert. (...) An manchen Tagen durchbricht er den Stupor und verlangt dringend nun endlich nach Hause gelassen zu werden. Dabei geht das Kopfvasomotorium stark an.“

„31.1. Die Insulin-Dosierung steht auf 228E. Pat ist an den beiden Vortagen ins Koma gekommen, nachdem er nur wenige Tage präkoma Zustände hatte. Heute kein Koma.“

(5.2.)

„14.2. Pat ist seit kürzerer Zeit motorisch lockerer und in seinem Wesen zugängiger. Er spricht von sich aus schon einiges. (...)“

21.2. Die Besserung hat weiter angehalten. Wenn der Pat nachmittags insulinfrei ist, beteiligt er sich an leichteren Stationsarbeiten und ist in manchem schon eine brauchbare Hilfe.

23.2. 216E Insulin; Pat kommt aus dem Koma nach dem Zuckerwasser prompt heraus, erbricht aber stark und fühlt sich elend. Die Insulinkur wird für einige Tage unterbrochen, bis das Allgemeinbefinden des Pat wieder gekräftigt ist.

27.2. Heute erbricht Pat nach der Sonde wieder fast das ganze Zuckerwasser und kann von einem erneuten Koma nur durch i.v. Traubenzuckergaben abgehalten werden. Die Kur wird wieder für einige Tage unterbrochen.

6.3. Die Behandlung kann wieder regelmäßig durchgeführt werden. Der Zustand des Pat ist unverändert.

11.3. Status idem.

20.3. Die Insulindosen werden zurückgesetzt.

Im psychischen Zustand hat die bisherige Behandlung eine wesentliche Besserung gebracht. Von der leichten Reizbarkeit des Pat abgesehen und abgesehen von der leicht steifen Haltung ist der Pat. unauffällig. Magische Fernwirkungen sind bei den vielfachen Explorationen jetzt wie auch früher und während der ganzen Behandlung nicht zu erkennen.

Am Nachmittag bewegt sich der Pat. wie ein Gesunder auf der Station, unterhält sich mit den übrigen Patienten, spielt Gesellschaftsspiele, liest und hört Radio. Er ist über das militärische Geschehen gut orientiert und fängt bei der Visite von selbst an darüber zu reden.

Er hat bis jetzt 24 Komata gehabt.

30.3. Das Insulin wird ganz abgesetzt. (...)“

Allgemein dauerte die Therapie eineinhalb bis drei Monate, bei Komplikationen oder Verschlimmerungen war ein früherer Abbruch möglich. Die Anzahl der Komata war schlechter dokumentiert. Mehr als 28 Komata wurden nicht erwähnt, mehr als 20 aber immerhin in sechs Fällen.

Reaktionen der Patienten wurden auch hier entweder gar nicht oder nur im Rahmen der allgemeinen Krankheitssymptome dokumentiert, wie z.B. bei **Heinrich S.**<sup>362</sup>, der im Juli 1943 aufgenommen und zunächst mit einer Elektroschocktherapie behandelt wurde. Nach einer erneuten Verschlechterung des Zustandsbildes sollte eine Insulinkomatherapie durchgeführt werden:

10.9. „Gegen die geplante Behandlung mit Insulin nimmt Pat. in seiner negativistischen Haltung sofort scharf Front und meint: ‚Das...ist...nicht...nötig!! Ich...fühle...mich...voll.kommen...gesund...!!‘ Weitere Versuche ihn von der Notwendigkeit der Behandlung zu überzeugen scheitern an der zunehmenden Gespanntheit, bei der der Pat. plötzlich einen unheimlichen stieren Blick bekommt, an dem man ablesen kann, dass er kurz vor dem Zuschlagen ist.“

Die Therapie wurde nach zwei Tagen abgebrochen und der Patient wegen „zunehmender Allgemeingefährlichkeit“ in die Landesheilanstalt Marburg verlegt.

Sechs Patienten erhielten eine kombinierte „Insulin-Cardiazolschockbehandlung“. Die Strapazen und Torturen solch einer Behandlung zeigt folgendes Beispiel:

Der 17jährige Schüler **Bernhard K.**<sup>363</sup> kam im August 1941 in einem akuten Erregungszustand zur Aufnahme, der zunächst mit einer Dämmerschlaftherapie behandelt wurde. Im weiteren Verlauf ergaben sich Anzeichen für eine paranoide Schizophrenie. Nach Einholung des Herz-Kreislaufbefundes in der medizinischen Poliklinik sowie des väterlichen Einverständnisses<sup>364</sup> begann man im September 1941 mit einer Insulinkomatherapie, die insgesamt neunmal mit einem Cardiazolschock kombiniert wurde:

1.10. „Der psychische Zustand ist bis jetzt unverändert. Heute die 15. Injektion mit 132 Einheiten. Pat. kommt seit kurzem ins Praekoma. Heute hat er zum ersten Mal einen Cardiazol-Schock mitgemacht. Mit 0,5 Card. wurde ein intensiver und ausgiebiger Anfall von gut einer halben Minute ausgelöst. Danach klagte der Pat. noch über Übelkeit und Kopfschmerzen, die bis zum Nachmittag anhielten und mit mässigen Analgetika eingedämmt werden konnten.“

15.11. „Seit vorgestern ist der Pat., wenn er am Nachmittag frei von der Insulinwirkung ist, ruhig und völlig geordnet. Er betätigt sich jetzt gern an den kleineren Arbeiten der Station. Durch die Arbeitstherapie soll er noch weiter gelockert werden. Auf Fragen gibt er prompt und nicht mehr ratlos Antworten, wobei die Zuwendung noch zu beanstanden ist.“

---

<sup>362</sup> Patientenakte 43410.

<sup>363</sup> Patientenakte 41583.

<sup>364</sup> Einverständniserklärung (handschriftlich):

„Erklärung: Ich erkläre mich mit einer Insulin- oder Cardiazolschockbehandlung bei meinem Sohn Bernhard einverstanden. Marburg-Lahn, 5.9.41 (Unterschrift des Vaters)“

Befund der medizinischen Poliklinik:

„Gegen eine Schockbehandlung Ihres Pat. Bernhard K.(Abk. S.E.) aus R.(Abk. S.E.) ist von unserer Seite aus nichts einzuwenden. Der Befund am Herzen und Kreislauf ergab keine Besonderheiten.“

Im Insulin steht der Pat. auf etwas über 200 Einheiten und kommt in der letzten Zeit nicht mehr so regelmässig ins Koma. Er hat bis jetzt 22 Kommas gehabt.“

18.11. „Pat. kommt heute nicht aus dem Koma. Um 10 Uhr bekam er die Sonde. Einige Zeit darauf 20 ccm 40% Traubenzucker intraven., dann im Abstand von etwa dreiviertel Stunden nochmal Traubenzucker i.v., Suprarenin, Traubenzucker per clysm, von dem ein Teil ausgepresst wurde, dann Traubenzucker per Sonde. Danach beginnt der Kreislauf schlecht zu werden. Trotz hoher Dosen von Kreislaufmitteln tritt um 13,15 Uhr unter Kreislaufschwäche mit Lungenödem der Exitus ein.“

Das 24. Koma mit 248 Einheiten Insulin überlebte der Patient also nicht mehr.

Vom Erfolg dieser Behandlungsmethode waren die Marburger Psychiater aber dennoch überzeugt: Epikritisch wurde der Behandlungserfolg einer alleinigen oder kombinierten Insulintherapie immerhin zehnmal bejaht, fünfmal eine bedingte Besserung konstatiert und nur viermal der Erfolg verneint.

Man war anscheinend sogar so sehr vom Erfolg dieser Methode überzeugt, dass man sie trotz des herrschenden Insulinmangels bei der Versorgung von Diabetikern und einer entsprechenden Anwendungsbeschränkung ab Februar 1942 in Marburg weiter anwendete. Nach diesem Stichtag wurden noch mindestens acht Insulinbehandlungen in Marburg durchgeführt.

## 2.5 Die Elektroschockbehandlung

Die Elektroschocktherapie wird mit ihrer Einführung im Jahr 1942 zur vorherrschenden Therapieform und ersetzte die Cardiazolschocktherapie fast vollständig. Im Sommer 1944 fiel jedoch das Elektroschock-Gerät in Marburg dauerhaft aus. In drei Fällen musste deswegen die Behandlung im Juni/Juli 1944 abgebrochen werden.<sup>365</sup> Eine letzte Erwähnung einer Elektroschockbehandlung fand sich im August 1944.<sup>366</sup> Die Therapien der nach diesem Zeitpunkt aufgenommenen Patienten beschränkten sich auf die Insulin- sowie die Arbeitstherapie. Vermutlich wurde das Gerät vor Kriegsende also nicht mehr repariert. Bis zu diesem Zeitpunkt allerdings wurden fast alle Patienten, die

---

<sup>365</sup> Patientenakten 44237, 44279, 44281.

<sup>366</sup> Patientenakte 44369. Ein weiterer Patient, der im August 1944 über die private Sprechstunde aufgenommen wurde, verließ die Klinik auf eigenen Wunsch gegen Revers, da sich die Elektroschockbehandlung „verzögerte“. (Patientenakte 44157.)

in der Nervenlinik ab 1942 therapiert wurden, einer Elektrokrampftherapie unterzogen – das waren immerhin 21 von insgesamt 24 therapierten Patienten.<sup>367</sup>

Vom Ablauf her wurde die Therapie in der Regel zweimal pro Woche und insgesamt zwölfmal durchgeführt. Wie bei den anderen Schockbehandlungen erfolgte auch hier vorher in fast allen Fällen eine Herz-Kreislauf-Untersuchung durch die medizinische Poliklinik.<sup>368</sup>

Als konkretes Beispiel für eine Elektroschocktherapie sei hier die Behandlung des 19jährigen Soldaten **Erwin P.**<sup>369</sup> geschildert, der Ende August 1942 in einem stuporösen Zustandsbild zur Aufnahme kam. Nachdem sich „dieser Zustand spontan etwas gelichtet hatte“, begann man unter dem Verdacht einer Schizophrenie eine Elektrokrampftherapie. Zwischen dem 2.10.1942 und dem 20.11.1942 löste man an insgesamt zwölf Behandlungstagen einen Krampfanfall aus. Aus dem Akteneintrag vom 18.11.1942 erfahren wir, dass die „Elektroschock-Kur“ eine „wesentliche Besserung des Zustandes“ brachte, während der nächste Eintrag vom 22.11. uns Folgendes berichtet:

„...gerät der Pat. jetzt ohne erkennbaren Grund in einen läppisch-heiteren Zustand, in dem hebbephrene Züge deutlich werden. Pat. liegt z.B. im Bett und redet mit lauter Stimme, versucht durch mässige Witze den Saal zum Lachen zu bringen, äussert unflätige Ausdrücke, lässt sich in seiner Haltung gehen, lacht anscheinend grundlos vor sich hin. Durch dieses Wesen wirkt er auf der Station störend und muss in Dämmer Schlaf gehalten werden...“

Dieser dauerte vom 19.11. bis zum 27.11.1942. Danach schloss sich zusätzlich vom 16.12.1942 bis 6.1.1943 noch eine Cardiazolbehandlung mit insgesamt sechs Behandlungsversuchen an (auch hier war der Erfolg der Krampfauslösung ungenau dokumentiert). Am 19.2.43 wurde in der Akte notiert:

„Nach der Durchführung des DU-Verfahrens wird der Pat entlassen. Nachdem sich im Zustand eine anhaltende Besserung gezeigt hat, kann der Pat nach Hause entlassen werden.“

Auffällig an dieser Krankengeschichte war vor allem die zusätzliche Therapiekombination von Elektroschock- und Cardiazolschocktherapie; ging man doch vom gleichen Wirkmechanismus aus. Letztlich war man mit dem Ergebnis der Behandlung aber anscheinend zufrieden.

Als wie erfolgreich beurteilten die Marburger Psychiater insgesamt das Verfahren? Bei acht Patienten wurde ein Erfolg bejaht, in sechs Fällen wurde er verneint (darin sind

---

<sup>367</sup> Bei einem Patienten wurde die Behandlung sogar ambulant durchgeführt. Das war allerdings eine absolute Ausnahme. (Patientenakte 42389.)

<sup>368</sup> Nur in vier Fällen fand sich dazu keine Angabe. (Patientenakten 42601, 43410, 43464, 44369.) In einem Fall war aufgrund des Verhaltens des Patienten eine Voruntersuchung nicht möglich. (Patientenakte 43438.)

<sup>369</sup> Patientenakte 42507.

allerdings drei Fälle enthalten, bei denen die Therapie aus verschiedenen Gründen früher abgebrochen werden musste)<sup>370</sup>. In fünf Fällen wurde die Therapie als nur bedingt erfolgreich angesehen; das heißt, sie brachte nur eine vorübergehende Besserung oder der Erfolg musste noch abgewartet werden. In zwei weiteren Fällen fand sich zum Therapieerfolg keine Angabe.

## 2.6 Zusammenfassung und Diskussion

### *Therapierte Patienten*

Bei gut 58 Prozent der in die Marburger Universitätspsychiatrie aufgenommenen schizophrenen Patienten sind eine oder mehrere Therapien dokumentiert. Dabei kann unterschieden werden zwischen – vermeintlich – spezifisch schizophrenen Therapieformen, wie den Krampf- und Schocktherapien, sowie eher unspezifischen Therapien, wie Arbeitstherapie und Dämmerschlaf.

Entsprechend dem damals aktuellen Wissensstand wurden die spezifisch schizophrenen Therapieformen – wie im Falle der Elektrokrampftherapie – trotz des Krieges relativ bald eingeführt und konsequent angewendet:<sup>371</sup> Immerhin bei ca. 85 Prozent der therapierten Patienten fanden eine oder mehrere dieser Behandlungen Anwendung. Dies stellt einen deutlichen Unterschied zur Schizophreniebehandlung in den Wittenauer Heilstätten dar. Dort erreichte von den Schock- und Krampftherapien nur die Elektrokrampftherapie eine gewisse Bedeutung, was mit persönlichen Neigungen und Interessen der dort tätigen Ärzte begründet wurde.<sup>372</sup> Als Universitätspsychiatrie sah man sich demgegenüber der Forschung sowie neuen Erkenntnissen vermutlich stärker verpflichtet.

Bei den eher unspezifischen Therapien, wie Dämmerschlaf und Arbeitstherapie, ist davon auszugehen, dass sie in Marburg nicht so konsequent dokumentiert wurden. Die angegebenen Zahlen stellen also vermutlich ein Minimum dar. Für die Wittenauer Heilstätten wurde demgegenüber beispielsweise für ein Drittel der Patienten des Schizo-

---

<sup>370</sup> Patientenakten 44201, 44237, 44279.

<sup>371</sup> Die Insulinkomatherapie wurde in Marburg 1937 etabliert, die Elektroschocktherapie 1942. Vgl. dazu auch Müller S. 66. Zeitgleich wurden auch an der Universitätsnervenklinik Heidelberg diese Verfahren eingeführt. Vgl. dazu Schmieder S. 141.

<sup>372</sup> Giel S. 427ff.

Die Insulinschocktherapie wurde beispielsweise in den Wittenauer Heilstätten bei schizophrenen Patienten zwischen 1936 und 1952 genau 13 Mal erwähnt. Eine Cardiazolschocktherapie wurde insgesamt siebenmal erwähnt, davon dreimal als Kombination von Insulin- und Cardiazolschock. Giel S. 424ff.

phreniesamples eine Arbeitstherapie erwähnt<sup>373</sup> – auch dies vermutlich ein Tribut an das unterschiedliche Patientenkontext und Selbstverständnis der Kliniken.

#### *Art und Weise der Therapiedurchführung*

Die Art und Weise der Therapiedurchführung entsprach weitestgehend den damals gängigen Lehrmeinungen.<sup>374</sup> Was die Dämmerschlafbehandlung anging, arbeitete man jedoch mit einer etwas abgewandelten Medikamentenmischung. Bei der Kombination der Krampf- und Schockbehandlungen fand sich – wie auch in der Literatur etabliert – die gleichzeitige Kombination von Insulinschock- und Cardiazolkrampftherapie. Nachdem die Cardiazol- durch die Elektroschocktherapie ersetzt worden war, wandte man Insulinkoma und epileptischen Anfall in Marburg nicht mehr gleichzeitig an, sondern nur noch nacheinander. Vermutlich hatte dies jedoch weniger wissenschaftliche als äußere Gründe: Es sei hier auf den allgemeinen Insulinmangel verwiesen, der in der Marburger Universitätspsychiatrie zwar nicht zum Erliegen dieser Therapiemethode, wohl aber doch zu einer gewissen Einschränkung der Anwendung führte.

#### *Umgang mit den Patienten*

Darüber, wie die Patienten die Therapie erlebten, war aus den Akten nicht viel zu entnehmen. Die Aufzeichnungen der Ärzte beschränkten sich in der Regel auf „objektive“ medizinische Kriterien bezüglich des Symptomverlaufes oder körperlicher Kriterien, wie z.B. einer Gewichtszunahme bei der Insulintherapie. Gelegentlich verzeichnete ablehnende Haltungen zur Therapie wurden in diesem Sinne auch eher im Rahmen der Krankheit gewertet. Dass eine Therapie wegen ablehnender Haltung des Patienten unterbrochen oder abgesetzt wurde, blieb somit die Ausnahme. Am häufigsten fanden sich ablehnende Äußerungen zur Therapie bei Patienten, die einer Cardiazolschockbehandlung unterzogen wurden. Dies korreliert mit den für dieses Verfahren beschriebenen erheblichen Nebenwirkungen.

Ab 1941 fanden sich vor der Durchführung von Schock- oder Krampftherapien Voruntersuchungen der medizinischen Poliklinik hinsichtlich Herz-Kreislaufkrankungen sowie Einverständniserklärungen zur Therapie durch Angehörige. Dabei war die Einholung des Herz-Kreislauf-Befundes wesentlich häufiger dokumentiert als das Einver-

---

<sup>373</sup> Giel S. 421. Hinsichtlich einer Dämmerschlaftherapie wurde in der Untersuchung der Wittenauer Heilstätten keine genauen Angaben gemacht. Es wurde lediglich darauf hingewiesen, dass 60 Prozent der Patienten des Schizophreniesamples gänzlich unmedikamentiert blieben.

<sup>374</sup> Vgl. dazu auch den Literaturteil oben (B.3.2).

ständnis der Angehörigen. Dieses Verhalten passt am ehesten zu einem anderen (zeitbedingten) Rollenverständnis zwischen Arzt und Patient.

### *Militärpsychiatrie*

Unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten bleibt festzuhalten, dass Soldaten nicht anders als Zivilisten behandelt wurden: Es fanden sich keine Hinweise für eine Bevorzugung einer Patientengruppe zu Ungunsten der anderen. Ebenso wenig fanden sich Hinweise auf Therapien wie etwa die Suggestionsverfahren, denen „psychopathische“ Soldaten bevorzugt unterzogen wurden.

### *Nicht therapierte Patienten*

In gut 40 Prozent der ausgewerteten Krankengeschichten wurde keine Therapie erwähnt. Wie sich zeigte, wurden diese Patienten in knapp 70 Prozent der Fälle begutachtet oder beurteilt. Das heißt, es bestand wohl keine explizite Therapieindikation, sondern die Aufnahme erfolgte von vornherein unter einer anderen Fragestellung. Näheres zu den Begutachtungen findet sich im nächsten Kapitel.

### 3. Begutachtungen und „rassenhygienische Maßnahmen“

Wie bereits ausgeführt, befand sich unter den aufgenommenen Patienten ein hoher Prozentsatz von Patienten, die nur zu Beobachtungen oder Begutachtungen kamen. Im Folgenden soll ausgeführt werden, unter welcher Fragestellung diese Beobachtungen und Begutachtungen stattfanden.

Die Schizophrenie galt als Erbkrankheit und fiel damit auch unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Der Umgang mit dem Gesetz soll deshalb im zweiten Teil des folgenden Kapitels betrachtet werden.

#### 3.1 Beobachtungen und Begutachtungen

In den Akten fanden sich elf Beurteilungen bzw. Begutachtungen, die von offizieller Seite angefordert wurden. Es handelte sich dabei zweimal um eine Begutachtung der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 Reichsstrafgesetzbuch (RStGB)<sup>375</sup>, dreimal um eine Beurteilung der Erwerbs- bzw. Arbeitsunfähigkeit, zweimal um die Begutachtung einer Entmündigung,<sup>376</sup> zweimal um Einweisungen durch das Wehrmachtsfürsorgeamt sowie zweimal um Einweisungen durch Erbgesundheitsgerichte.

Hinsichtlich Sterilisierungsfragen bzw. der Aufhebung eines bestehenden Eheverbotes kamen zusätzlich zwei weitere Patienten zur Beobachtung, ohne von offizieller Seite eingewiesen worden zu sein.

Knapp 14 Prozent aller aufgenommenen Patienten wurden also aufgrund von Begutachtungen von offizieller Seite aus in die Klinik eingewiesen. Auch darin zeigte sich noch mal ihre Funktion als „offene Nervenheilanstalt“ und Universitätsklinik.

---

<sup>375</sup> „§ 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Tat wegen Bewußtseinsstörung, wegen krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder wegen Geistesschwäche unfähig ist, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln.

War die Fähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, zur Zeit der Tat aus einem dieser Gründe erheblich vermindert, so kann die Strafe nach den Vorschriften über die Bestrafung des Versuchs gemildert werden.“

<sup>376</sup> Die Einweisung erfolgte durch das Amtsgericht Marburg. Es handelte sich dabei zweimal um den gleichen Patienten. (Patientenakten 41634/44196.) Ansonsten fanden sich bei den Begutachtungen keine Mehrfachaufnahmen.

Zu Stellungnahmen hinsichtlich einer Sterilisation kam es im Rahmen von zwei Begutachtungen sowie einer Beobachtung.<sup>377</sup>

Im Folgenden soll auf die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit – die auch unter militärpsychiatrischen Aspekten interessant ist – noch einmal gesondert eingegangen werden.

#### *Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit (§ 51 RStGB)*

Zwei Patienten hatten in der Vorgeschichte Straftatbestände erfüllt, aufgrund deren ihre Zurechnungsfähigkeit im strafrechtlichen Sinne begutachtet werden musste. Es handelte sich in einem Fall um einen Wehrmichtsangehörigen, im anderen um einen SS-Mann. Diese Fälle sollen an dieser Stelle kurz vorgestellt werden:

(1) Der 24jährige Obergefreite **Viktor S.**<sup>378</sup> aus Oberhausen wurde vom Truppenarzt zur Erstellung eines militärnervenfachärztlichen Gutachtens überwiesen. Ihm wurde vorgeworfen, durch die Überschreitung des Zapfenstreiches um mehrere Stunden dem Ansehen der deutschen Wehrmacht in der rumänischen Öffentlichkeit schwer geschadet zu haben. Aus der Epikrise erfuhren wir zur Symptomatik des Patienten Folgendes:

„Pat. merkt seit einigen Jahren in seinem Wesen eine unerklärliche, nicht von außen her bedingte Veränderung im Verhältnis zu seiner Umwelt im Sinne einer Affekterlahmung. Er hört Stimmen und hat gelegentlich Erscheinungen. Eine wesentliche Rolle in seinem Seelenleben spielt ein ausgebautes Wahnsystem, das für die bei ihm vorliegende Erkrankung typisch ist. Im einzelnen siehe das ausführliche Gutachten vom 21.08.41. Beurteilung nach U 15,1 als w.u. Meldung an den Amtsarzt erfolgt von hier. WDB liegt nicht vor.“

Die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie führte zu einer Beurteilung nach § 51 Abs. 1 RStGB (völlige Unzurechnungsfähigkeit).

(2) Die **Otto Sch.**<sup>379</sup> zur Last gelegte Straftat bestand darin, im Sommer 1939 einem Einberufungsbefehl zur 2. SS-Totenkopfstandarte in Oranienburg nicht Folge geleistet zu haben. Der 29jährige Arbeiter aus Ziegenhain, der 1933 in die SS eintrat, hielt – nach den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte – den Stellungsbefehl für einen „üblen Scherz“. (Immerhin war er bis Weimar gefahren, traf dort aber keine Kameraden und

---

<sup>377</sup> Auf das Verhalten der Universitätsnervenklinik zu Sterilisierungsfragen sei auf den Unterpunkt C.III.3.2 verwiesen.

<sup>378</sup> Patientenakte 41516.

<sup>379</sup> Patientenakte 39509.

drehte wieder um.) Die Gestapo in Kassel nahm ihn daraufhin in Schutzhaft und überwies ihn am 7.11.1939 zur Untersuchung auf seine Zurechnungsfähigkeit nach Marburg. Der von Conrad unterzeichnete und wohl von Mall gefertigte Bericht an die Gestapo in Kassel geht aus von einem „schleichenden Beginn einer paranoiden Schizophrenie“ mit „Verfolgungsideen, die unscharf gegen die Familie der Frau gerichtet sind“, und „einer schweren Verödung der Gesamtpersönlichkeit“. Weiter heißt es:

„Die Straftat ist unmittelbar Auswirkung dieser schweren Erkrankung. Es erscheint sicher, dass der Pat. nicht in der Lage war, das Strafbare seiner Handlung einzusehen und dieser Einsicht entsprechend zu handeln. Der § 51, Abs.1 des StGB wäre in diesem Fall anzunehmen. Antrag auf Unfruchtbarmachung wurde unsererseits gestellt.“<sup>380</sup>

Beide Männer wurden also nach § 51 Abs. 1 RStGB und damit als völlig unzurechnungsfähig beurteilt. Dies entsprach der gängigen Lehrmeinung hinsichtlich Psychosen. Im Gegensatz dazu wurden als „Kriegsneurotiker“ diagnostizierte Patienten in der Regel als schulfähig oder allenfalls vermindert schulfähig angesehen.<sup>381</sup>

### 3.2 Schizophrenie als „Erbkrankheit“: „Rassenhygienische Maßnahmen“

Wie in der Einleitung erwähnt, gibt es bereits umfangreiche Darstellungen zum Umgang mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Marburg. Dabei konnte gezeigt werden, dass auch der Klinikdirektor der Marburger Universitätsnervenklinik, Ernst Kretschmer, dem Gesetz und den damit verbundenen Zwangssterilisationen grundsätzlich positiv gegenüber stand.<sup>382</sup> Aufgrund der dortigen Auswertungen der Akten des Gesundheitsamtes und des Erbgesundheitsgerichtes ergab sich jedoch, dass das Gesetz in der Marburger Universitätspsychiatrie abweichend von den gesetzlich vorgegebenen Möglichkeiten umgesetzt wurde: Man beließ es in der Regel bei einer Anzeige beim Amtsarzt und verzichtete – im Gegensatz zur Landesheilanstalt Marburg

---

<sup>380</sup> Bei der Auswertung der Patientenakten war das eigentlich Besondere dieses Falls fast weniger der Akteninhalt als vielmehr die Art der Aktenführung: Es war die am vorbildlichsten geführte Akte, die aufzufinden war. Von den Akteneinträgen, die alle mit Schreibmaschine vorgenommen wurden, bis zum Antrag auf Unfruchtbarmachung war alles „vorbildlich“. (Dies war übrigens der einzige Fall, bei dem die Universitätsnervenklinik von ihrem Antragsrecht auf Unfruchtbarmachung Gebrauch machte. Siehe dazu sogleich im nachfolgenden Kapitel.) Man war offensichtlich peinlich genau darauf bedacht, dass alles nach Vorschrift abgewickelt wurde. Letztlich konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass das Wort „Gestapo“ auch hier ein so großes Unbehagen hervorrief, dass man mit einer „überkorrekten“ Verhaltensweise keinerlei Anlass zu Beanstandungen geben wollte.

<sup>381</sup> Vgl. dazu Müller für Marburg S. 199.

<sup>382</sup> Krähwinkel 2001 S. 454ff.

– auf den als nächste Stufe folgenden Antrag beim Erbgesundheitsgericht.<sup>383</sup> Warum die Antragsstellungen unterschiedlich gehandhabt wurden (und die Universitätsnervenklinik von ihrem Antragsrecht selten Gebrauch machte), ließ sich in den bisherigen Untersuchungen nicht klären.

Im Folgenden soll anhand einer gesamten Patientengruppe, deren Erkrankung unter das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ fiel, die Umsetzung des Gesetzes an der Marburger Universitätsnervenklinik aus einem anderen Blickwinkel betrachtet werden.<sup>384</sup> Dabei sollen die Begutachtungen im Rahmen von Sterilisationsverfahren gesondert herausgegriffen werden.

#### *Erhobene Daten*

Es stellte sich zunächst die Frage, welche Informationen die untersuchten Patientenakten bezüglich „rassenhygienischer Maßnahmen“ enthielten. Dabei konnte eine Einteilung in drei große Kategorien erfolgen:

(1) 15 Patienten (ca. 19 Prozent) waren entweder bereits sterilisiert oder auf eine andere Weise schon in die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geraten. Dabei kamen drei Patienten im Rahmen von Sterilisationsverfahren zur Begutachtung oder Beobachtung:

**Wilhem W.**<sup>385</sup> wurde im September 1941 vom Erbgesundheitsgericht Wiesbaden zur Begutachtung eingewiesen. Das Gutachten vom 3.1.1942 kam zu dem Schluss, dass eindeutig eine endogene schizophrene Psychose vorliege und demnach „die Voraussetzungen für die Unfruchtbarmachung im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses gegeben“ seien. Der Akte lag noch eine Abschrift des Beschlusses des Erbgesundheitsobergerichtes Frankfurt/Main vom 3.6.1942 bei.

---

<sup>383</sup> Näheres dazu bei Krähwinkel S. 458ff. Nach einer Anzeige entschied der zuständige Amtsarzt des Gesundheitsamtes, ob ein Antrag beim Erbgesundheitsgericht gestellt werden sollte. Antragsberechtigt waren aber auch die Leiter von Krankenhäusern. (Krähwinkel S. 459.)

Nach Hilder beantragten in Marburg in gut 90 Prozent der Fälle der Amtsarzt oder die Landesheilanstalt Marburg die Sterilisation. Nur in einem Prozent der Fälle wurden die Anträge von der Universitätsnervenklinik gestellt. (Hilder S. 39.)

<sup>384</sup> Die bisherigen Untersuchungen stützen sich vor allem auf die noch vorhandenen Erbgesundheitsgerichtsakten.

<sup>385</sup> Patientenakte 41582.

**Georg S.**<sup>386</sup> wurde vom Erbgesundheitsgericht Göttingen zur Begutachtung eingewiesen, da er – obwohl bereits 1937 wegen Schizophrenie sterilisiert – die Wiederaufnahme des Sterilisationsverfahrens beantragt hatte. Auch hier kam der Gutachter zu dem Schluss, dass es sich „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ 1937 um „einen Schub einer echten endogenen Schizophrenie“ gehandelt habe.

**Hans S.**<sup>387</sup> wiederum kam von sich aus zur Beobachtung, um die gestellte Diagnose einer Schizophrenie „auf ihre Richtigkeit überprüfen zu lassen“. Ein Sterilisationsbeschluss lag bereits vor. Die Sache gestaltete sich jedoch anscheinend aufgrund der ablehnenden Haltung des Patienten etwas komplizierter, denn der zuständige Amtsarzt in Eckernförde schaltete sich mit folgendem Schreiben an die Universitätsnervenklinik vom 4.5.1943 ein:

„(...) Ich erlaube mir daher vertraulich davon Kenntnis zu geben, dass das Erbgesundheitsgericht Flensburg am 24.2.42 die Unfruchtbarmachung angeordnet hat und das Erbgesundheitsobergericht in Kiel am 10.6. die Beschwerde zurückgewiesen hat. Auch mehrere Eingaben des S. an die Kanzlei des Führers sind abgelehnt worden. Er ist in der Psychiatrischen- und Nervenklinik in Hamburg beobachtet worden, die Diagnose lautete: Schizophrenie.“

Man wurde also vertraulich dazu angehalten, bloß nicht zu einer anderen Diagnose zu kommen. Ob davon beeinflusst oder nicht, wurde der Patient mit der Diagnose einer Paraphrenie entlassen.<sup>388</sup>

(2) Bei 20 Patienten (ca. 25 Prozent) wurde die Nervenklinik bezüglich der Einleitung „rassenhygienischer Maßnahmen“ selbst aktiv. Bei 18 der 20 Patienten erstattete sie Meldung an den Amtsarzt, bei einem machte sie „Meldung an das EGG“. Nur in dem letzten verbleibenden Fall stellte sie direkt einen Sterilisationsantrag.<sup>389</sup>

Bei weiteren 22 Patienten (ca. 28 Prozent) verschob die Nervenklinik ihre diesbezüglichen Aufgaben an andere Stellen: Sie verlegte die Patienten in andere Nervenkliniken/Landesheilanstalten, Lazarette oder zurück zur Truppe. Dabei erfolgte häufig eine explizite Delegation der amtsärztlichen Meldung, beispielsweise an den Truppenarzt.

---

<sup>386</sup> Patientenakte 44109.

<sup>387</sup> Patientenakte 43263.

<sup>388</sup> Der Akte lag noch ein Schreiben aus dem Jahr 1955 bei, aus dem zu erfahren war, dass der Patient eine Wiederaufnahme des Erbgesundheitsverfahrens beantragt hatte. Dabei sollte u.a. geklärt werden, „ob die im Jahre 1943 durchgeführte Maßnahme zu Recht geschah.“

<sup>389</sup> Vgl. oben (Patientenakte 39509).

(3) Bei 20 Patienten (ca. 25 Prozent) fanden sich keine expliziten Angaben zu „rassenhygienischen Maßnahmen“. Die Patienten kamen dabei teilweise zur Begutachtung anderer Probleme (z.B. der Frage, ob eine Wehrdienstbeschädigung vorlag) oder wurden in den letzten Kriegstagen oder nach Kriegsende entlassen, so dass vermutlich auch gar keine Meldung mehr vorgenommen wurde. Letzteres traf auf drei Patienten zu.

Bei zwei Patienten (drei Prozent) erübrigten sich weitere Maßnahmen, da sie während des Aufenthaltes verstarben.

Greift man sich auch hier wieder die Soldaten als gesonderte Gruppe innerhalb der Nervenkllinik heraus, so ergab sich bezüglich der „rassenhygienischen Maßnahmen“ Folgendes: Es zeigte sich noch stärker die Praxis des Delegierens: 50 Prozent der Soldaten (15 Patienten) wurden verlegt oder zur Truppe (und somit zum Truppenarzt) zurück entlassen. Nur bei fünf Patienten (17 Prozent) erfolgte direkt eine Meldung an den Amtsarzt.

Zu einem wesentlich geringeren Prozentsatz als die Gesamtgruppe waren die Wehrmachtsangehörigen bereits von rassenhygienischen Maßnahmen betroffen. Nur zwei Patienten ließen sich in diese Kategorie einordnen.<sup>390</sup>

Für die restlichen acht Patienten ließen sich nur ungenaue oder keine Angaben machen.

#### *Zusammenfassung und Einordnung in den Gesamtkontext*

Knapp 19 Prozent der untersuchten schizophrenen Patienten waren bereits auf irgendeine Art und Weise in die Umsetzung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses geraten. Dabei konnte hinsichtlich der erfolgten Gutachten im Rahmen eines Sterilisationsverfahrens gezeigt werden, dass die Gutachter in allen untersuchten Fällen gegen den Willen der Patienten für eine Zwangssterilisation plädierten. Die geringe Anzahl von Soldaten in dieser Gruppe lässt sich am ehesten durch die hohe Zahl an Ersterkrankungen in dieser Patientengruppe erklären.<sup>391</sup>

Passend zu den bereits vorliegenden Untersuchungen zeigte sich, dass die Nervenkllinik nur in seltenen Fällen (hier konkret in einem Fall) von ihrem Antragsrecht beim Erb-

---

<sup>390</sup> Ein Patient war bereits sterilisiert, der andere schon dem Amtsarzt gemeldet.

<sup>391</sup> Näheres dazu in Kapitel C.II.2.2. Da die Patienten in der Regel für dienstunfähig erklärt wurden, kamen sie später auch nicht mehr in ihrer Eigenschaft als Soldaten zur Aufnahme.

gesundheitsgericht Gebrauch machte. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass die Klinik in einem hohen Prozentsatz selbst die Meldung an den Amtsarzt an andere Stellen delegierte. Dies war am ausgeprägtesten in der Gruppe der Wehrmichtsangehörigen der Fall, wo häufig dem zuständigen Truppenarzt (bei der Zurückverlegung der Patienten) die Meldung aufgetragen wurde. Insgesamt erfolgte eine direkte oder indirekte Meldung der Patienten an den Amtsarzt in ca. 53 Prozent der Fälle.

Für ca. 25 Prozent der untersuchten Patienten konnte aufgrund der Aktenlage hinsichtlich „rassenhygienischer Maßnahmen“ keine genaue Aussage getroffen werden.

Warum die Klinik von ihrem Antragsrecht so gut wie keinen Gebrauch machte, obwohl sie Sterilisationen im Rahmen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses prinzipiell positiv gegenüber stand, und warum sie – wie oben noch zusätzlich gezeigt – selbst Meldungen an den Amtsarzt delegierte, ist bisher nicht geklärt. Ein Erklärungsansatz für dieses Verhalten fand sich in Form eines Schriftwechsels zwischen dem Klinikdirektor Kretschmer und dem Amtsarzt des Gesundheitsamtes Kassel-Land in der Krankenakte des **Gustav S.**<sup>392</sup>:

Der 34jährige Gustav S. wurde am 23.5.1941 in die Universitätsnervenklinik aufgenommen und am 9.8.1941 mit der Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nach Hause entlassen; die Meldung an den Amtsarzt erfolgte jedoch erst am 13.8.1941. Darüber beschwerte sich der für den Patienten zuständige Amtsarzt des Gesundheitsamtes Kassel-Land, nachdem er um Einsichtnahme in die Krankengeschichte gebeten hatte, mit einem Schreiben vom 10.10.1941:

„In der Epikrise des dortigen Krankenblattes heißt es zum Schluss: es handelt sich um einen parapsychischen Schub einer Schizophrenie.

Es wird um Mitteilung gebeten, warum nicht das Sterilisierungsverfahren vor der Entlassung eingeleitet worden ist. Die Entlassung hätte nur mit Zustimmung des Amtsarztes erfolgen dürfen, wenn es sich um eine echte Schizophrenie handelt. Die Krankengeschichte erfolgt anbei zurück.“

In der Krankenakte ist der Durchschlag des Antwortschreibens des Klinikdirektors vom 20.10.1941 erhalten:

„Zum Schreiben vom 10.10.41 Tgb. Nr. 1388 teilen wir mit, daß besonders bei ersten Erkrankungen häufig eine gewisse Beobachtungsdauer erforderlich ist, ehe die Diagnose einer Erb-

---

<sup>392</sup> Patientenakte 41268. Auszüge des Schreibens finden sich auch in Kapitel C.II.3.

krankheit mit der vom Gesetz verlangten einwandfreien Sicherheit gestellt werden kann. Häufig müssen erst nach Wochen zu bekommende anamnestiche Erhebungen, ferner die wichtig(st)en [Änderung mit Bleistift in der Akte. S.E.] Gesichtspunkte, die die Reaktion des Patienten auf die Therapie bringt, für die Abwägung der ätiologischen Faktoren mit berücksichtigt werden. Daher kann öfters die abschliessende diagnostische Formulierung erst bei der Entlassung aus der Klinik erfolgen.

Die Klinik ist zur Zeit als Lazarett verwendet und kann daneben die Zivilbevölkerung nur unter der Voraussetzung einigermaßen mit versorgen, daß sie alle nicht mehr dringend klinikbedürftige Patienten sofort entlässt. Im übrigen entspricht die Klinik auch in Friedenszeiten vorwiegend dem Typus eines offenen Nervenkrankenhauses und nicht einer Heilanstalt. Die Räumlichkeiten auf der geschlossenen Abteilung reichen nur für die rasche Behandlung akuter Fälle, nicht aber zur längeren Internierung aus.

Mit Zustimmung des zuständigen Erbgesundheitsgerichtes haben uns deshalb die mit uns zusammenarbeitenden Amtsärzte stets ihre generelle Einwilligung gegeben, Fälle, bei denen keine dringende Fortpflanzungsgefahr besteht, direkt zu entlassen, während wir unsererseits bei erhöhter Fortpflanzungsgefahr vorher mit dem zuständigen Amtsarzt Fühlung nehmen. Dieser Modus hat sich all die Jahre reibungslos bewährt. Wir bitten auch Sie um ihr grundsätzliches Einverständnis.“

Die Antwort vom 23.10. aus Kassel kam prompt:

„Ich danke für das gefällige Schreiben vom 20.10. Ich habe selbstverständlich gar nichts dagegen einzuwenden, wenn Kranke, bei denen keine dringende Fortpflanzungsgefahr besteht, entlassen werden.

Wenn jedoch ein Schizophrener, wie S., gerade 34 Jahre alt ist, kann man beim besten Willen eine dringende Fortpflanzungsgefahr nicht verneinen.

In solchen Fällen muss ich schon bitten, daß mein besonderes Einverständnis vor der Entlassung eingeholt wird, bzw., dass Verlegung nach der Landesheilanstalt erfolgt.“

Dieser Schriftwechsel legt die Vermutung nahe, dass man es unter anderem aus Gründen der Arbeitsentlastung bei einer Meldung an den zuständigen Amtsarzt beließ und auf die direkte Antragstellung verzichtete. Dies könnte auch der Grund sein, für die recht hohe Quote an Patienten, deren Meldung entweder direkt oder durch eine Verlegung an eine andere Stelle delegiert wurde. Letztlich kann aber auch hier nicht endgültig geklärt werden, warum Anzeigen und Antragstellungen in den verschiedenen Marburger Kliniken so unterschiedlich gehandhabt wurden.

Anhand dieses konkreten Falls wird aber noch etwas Zweites deutlich: nämlich die bereits oben beschriebene Einstellung Kretschmers zu einem vorsichtigem Umgang mit Diagnosestellungen.<sup>393</sup>

#### **4. Zusammenfassung: Schizophrenie**

Der noch recht junge Krankheitsbegriff der Schizophrenie war bezüglich seiner genauen Definition in den 1930er und 1940er Jahren umstritten. Für die Marburger Universitätsnervenklinik konnte jedoch gezeigt werden, dass sie einen recht engen Krankheitsbegriff vertrat, der auch nach heutigen Maßstäben (konkret der ICD-10) weit gehend nachvollziehbar ist. Hintergrund dieses engeren Diagnosebegriffs könnte (der auch heute noch aktuelle) mehrdimensionale Diagnoseansatz des Klinikleiters Kretschmer gewesen sein.

Hinsichtlich Diagnostik und Therapie befand sich die Marburger Universitätspsychiatrie auf dem damaligen Stand der Wissenschaft: Im diagnostischen Bereich wurden routinemäßig Laboruntersuchungen durchgeführt, ab 1941 vor der Durchführung von Schocktherapien auch Herz-Kreislauf-Untersuchungen. Im therapeutischen Bereich etablierte man zügig die neu entwickelten Schocktherapien.

Daneben hatte die Universitätsnervenklinik eine wichtige Funktion in der Begutachtung von Patienten. Diese Begutachtungen fanden auch im Rahmen von Sterilisationsverfahren statt und fielen allesamt im Sinne des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ aus. Die weitere Umsetzung des Gesetzes folgte den bereits für die Marburger Universitätspsychiatrie beschriebenen Besonderheiten des Verfahrens.

---

<sup>393</sup> Vgl. dazu auch Kapitel C.III.1.1.3.



## D Schlussbetrachtung und Zusammenfassung

1933 beschrieb Gustav Blume das Studium psychiatrischer Krankengeschichten wie folgt:

„Man verrät kein Geheimnis, wenn man erklärt, daß das Lesen psychiatrischer Krankengeschichten nicht immer eine ungetrübte Freude ist. Oft genug ist es eine hoffnungslose Qual! Ich rede hier nicht von dem Inhalt, sondern lediglich von dem technischen Vorgang des Lesens selbst. Man steht beispielsweise vor der Aufgabe, die Krankheitsgeschichte eines alten Schizophreniefalls durchzuarbeiten, [...]. Man sitzt kummervoll vor einem unförmlichen Paket mehr oder weniger vergilbter, beschädigter, mehr oder weniger fliegender Blätter, aus dem beim Umdrehen dickleibige Bündel unleserlicher und zerknüllter Briefe und Schriftsätze hervorstürzen, [...]; diese Aufzeichnungen aber auch noch *l e s e n* zu müssen, dazu ist der Mensch [...] nicht mehr imstande.“<sup>394</sup>

Mit einer chaotischen Aktenführung sieht man sich auch 75 Jahre später noch, beim Studium historischer Schizophrenieakten, konfrontiert.<sup>395</sup> Für die vorliegende Untersuchung erwiesen sich zwei Befunde jedoch als problematischer: Zum ersten war dies das nicht erklärliche Fehlen zahlreicher Patientenakten. Immerhin schien der Aktenschwund nicht in einem Zusammenhang mit den Euthanasiemorden zu stehen.

Eine zweite methodische Schwierigkeit bestand darin, dass der hier vorgelegten Querschnittsuntersuchung (vorerst) die Vergleiche im Längsschnitt fehlen. Die Befunde für die Jahre 1939-1945 stehen innerhalb der Marburger Klinik isoliert da, der Vergleich zu anderen Zeiten fehlt – sei es vor der NS-Zeit oder danach. Zwar ergaben sich Vergleichsmöglichkeiten zu (schizophrenen) Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Doch Umfeld und Funktion dieser Klinik waren letztlich anders als in Marburg.

Vor dem Hintergrund dieser Einschränkungen hat diese Arbeit den Versuch unternommen, die – teils diffusen – Eindrücke aus den Akten zu quantifizieren und anhand der einleitend genannten Fragestellungen zu systematisieren und zu interpretieren. Das Ergebnis dieses Versuchs ist ein weiterer Mosaikstein im Gesamtbild der Marburger Medizingeschichte in der Zeit des Nationalsozialismus. Im Sinne eines stichpunktartigen Resümees lassen sich seine Facetten folgendermaßen beschreiben:

---

<sup>394</sup> Blume S. 84.

<sup>395</sup> Das vollständige Zitat ist bereits der Untersuchung der Wittenauer Heilstätten vorangestellt. (Beddies 1999.)

### *Universitätspsychiatrie*

In der Dissertation Eitners von 1940 wie auch in Kretschmers Schriftwechsel mit dem Amtsarzt 1941 wurde großer Wert darauf gelegt, dass es sich bei der Marburger Universitätspsychiatrie um ein „offenes Nervenkrankenhaus“ handele. Wie machte sich das bemerkbar?

Es zeigte sich zunächst in der Funktion der Klinik als Haus der psychiatrischen Erstversorgung: Die Zuweisungen erfolgten in der Regel aus dem ambulanten Bereich. Für die meisten Patienten war es der erste Aufenthalt in einer Nervenklinik und damit auch die Erstdiagnostizierung einer Schizophrenie. In knapp 60 Prozent der untersuchten Krankengeschichten kam auch eine Therapie zur Anwendung. Schlug diese nicht an und waren die Patienten weiterhin krankenhausbefürftig, verlegte man sie in eine Landesheilanstalt. Dies traf auf elf Prozent der Patienten zu. Weit mehr als die Hälfte der Patienten wurde jedoch letztlich nach Hause entlassen.

Eine nicht zu vernachlässigende Gruppe mit knapp 14 Prozent stellten Patienten, die zu Begutachtungen oder Beobachtungen in die Marburger Klinik aufgenommen wurden, häufig ohne dass dabei ein expliziter Therapiebedarf bestand.

Daran gekoppelt wich die durchschnittliche Aufenthaltsdauer von nur 64 Tagen deutlich von der in einer Heilanstalt ab.

Ein universitärer Anspruch zeigte sich auch bei Diagnostik und Therapie: Routinemäßig wurden Laboruntersuchungen durchgeführt sowie gegebenenfalls zusätzliche Untersuchungen im Rahmen von Forschungsprojekten. Neue Therapien wurden zeitig eingeführt und konsequent genutzt. Hier gab es deutliche Abweichungen zu den Untersuchungsergebnissen für die Wittenauer Heilstätten in Berlin.

### *Schizophrenie*

Im Einklang mit diesem universitären Anspruch präsentierte sich auch der Umgang mit Schizophreniediagnosen an der Marburger Universitätsnervenklinik: Entsprechend dem Standpunkt des Klinikleiters Kretschmer wurden schizophrene Diagnosen klar von rein wahnhaften Entwicklungen abgegrenzt. Bei unklaren Fällen wurde zur Vorsicht gemahnt. Dies führte dazu, dass sich die damaligen Diagnosen weitgehend mit den heutigen ICD-10-Kriterien nachvollziehen ließen.

Für die aufgenommenen Patienten galt, dass sie – entsprechend dem jungen Erstmanifestationsalter der Schizophrenie – im Durchschnitt deutlich jünger waren als der Durchschnitt aller aufgenommenen männlichen Patienten der Marburger Universitätspsychiatrie.

Auffällig war das etwas schlechtere Bildungsniveau der schizophrenen Patienten der Marburger Universitätsnervenklinik im Vergleich zu den Patienten der Wittenauer Heilstätten. Damit verbunden, fiel bei zwei Patienten aus einer höheren und gebildeteren sozialen Schicht auf, dass vor der eigentlichen Schizophreniediagnose eine so genannte Grenzdignose zur Schizophrenie vergeben wurde. Dies könnten Indizien sein für den – von anderer Stelle – geäußerten Verdacht eines Zusammenhangs zwischen Diagnosevergabe und sozialer Stellung.

Die angewandten Therapien entsprachen dem damaligen Stand der Wissenschaft und wurden – soweit aus den Akten nachvollziehbar – *lege artis* umgesetzt. Dazu gehörten auch die vor den Schocktherapien eingeholten internistischen Herz-Kreislaufuntersuchungen. Der Umgang mit den Patienten wich demgegenüber deutlich ab: Es fanden sich nur lückenhaft Einverständniserklärungen zu Therapien. In den Akten verzeichnete ablehnende Haltungen der Patienten gegenüber den Therapien wurden in der Regel nicht beachtet.

#### *Zwangssterilisationen und Euthanasie*

Hinsichtlich der Zwangssterilisationen fügten sich die erhobenen Untersuchungsergebnisse in das bereits für die Marburger Universitätspsychiatrie beschriebene Vorgehen ein. In der Regel beließ die Klinik es bei einer Anzeige beim Amtsarzt und machte nur selten (hier konkret in einem Fall) von ihrem Antragsrecht Gebrauch. Diese Tatsache lässt sich wohl unter anderem mit dem geringeren Aufwand einer Anzeige bei knapper Personalbesetzung begründen. Grundsätzlich stand man Zwangssterilisationen nicht ablehnend gegenüber. Dies äußerte sich auch in den entsprechenden Gutachten, die im Rahmen von Sterilisationsverfahren angefertigt wurden.

Von den Euthanasiemorden waren die Universitätspsychiatrien aufgrund des Ablaufs des Verfahrens nicht direkt betroffen. Dies galt auch für die Marburger Universitätsnervenklinik. Für die in die Landesheilanstalt Marburg weiterverlegten Patienten ließen sich ebenfalls keine direkten Bezüge zur „Aktion T4“ herstellen. Diese Aussage ist je-

doch aufgrund des lückenhaften Aktenbestands sowohl der Universitätsnervenklinik als auch der ehemaligen Marburger Landesheilanstalt nicht zu verallgemeinern. Fest steht jedoch, dass – trotz des vermutlichen Wissens um die Gefahren in den Heilanstalten – Patienten weiterhin von der Marburger Universitätsnervenklinik dorthin verlegt wurden. Zu der durchaus interessanten Frage, ob sich in dieser Zeit die Zuweisungshäufigkeit in die Landesheilanstalten verringert hat, kann keine Aussage getroffen werden.

### *Krieg und Militärpsychiatrie*

Die Etablierung eines Lazaretts an den Marburger Universitätskliniken führte zu einer schlechteren medizinischen Versorgung der Zivilbevölkerung. In der Universitätsnervenklinik überwogen zwar noch leicht die zivilen Aufnahmen, aber letztlich rückte die Versorgung von Lazarettpatienten doch gleichwertig daneben. Hinsichtlich der durchgeführten Therapien zeigte sich allerdings keine Ungleichbehandlung: In Bezug auf die vermeintlich schizophreniespezifischen Therapien kam es weder zu einer quantitativen noch qualitativen Bevorzugung einer Patientengruppe gegenüber einer anderen.

Als kriegsbedingte besondere Patientengruppen fanden sich in der Klinik Zwangsarbeiter und Kriegsgefangene wieder, die wegen ihres Status zum Teil nur eingeschränkt behandelt wurden.

Für die Soldaten galt unter militärpsychiatrischen Gesichtspunkten, dass man sie – aufgrund der Kriegsunabhängigkeit, die man ihrer Erkrankung zusprach – besser als ihre „psychopathischen“ Kameraden behandelte. Die Diagnose bedingte in fast allen Fällen eine Dienstunfähigkeit mit nachfolgender Entlassung aus der Wehrmacht. Auch die angewandten Therapiemaßnahmen waren nicht als Bestrafung intendiert.

Zwei Patienten (ein SS-Mann und ein Soldat) wurden mit Blick auf ein Strafverfahren auf ihre Zurechnungsfähigkeit begutachtet: Es wurde, auch hier im Gegensatz zu den „Psychopathen“, völlige Unzurechnungsfähigkeit attestiert.





## Quellen- und Literaturverzeichnis

### **Archivalien:**

#### **Akten im Medizinischen Zentrum für Nervenheilkunde der Philipps-Universität Marburg**

Aufnahmebücher Männer 1939-1945

Krankenakten (Bezeichnung nach Aufnahmejahr (erste beiden Ziffern) und laufender Nummer im Aufnahmebuch):

39430; 39462; 39509; 39523; 39546; 40027; 40065; 40096; 40334; 40380; 40408; 40492; 40554; 40586; 40605; 40676; 40677; 40737; 41096; 41116; 41121; 41130; 41212; 41268; 41270; 41401; 41418; 41430; 41485; 41516; 41468; 41583; 41586; 41589; 41582; 41590; 41602; 41634; 41705; 41819; 41825; 42049; 42123; 42248; 42269; 42285; 42346; 42389; 42432; 42455; 42507; 42601; 43158; 43229; 43263; 43271; 43412; 43446; 43464; 43410; 43424; 43438; 43562; 43585; 43730; 44013; 44062; 44085; 44109; 44132; 44134; 44196; 44201; 44237; 44279; 44281; 44157; 44369; 44454; 44578; 44590; 45037; 45083; 45158

Fehlende Patientenakten:

39417; 40153; 40389; 40437; 40544; 40550; 40565; 40587; 40599; 40668; 40674; 40716; 41015; 41018; 41081; 41242; 41261; 41269; 41450; 41464; 41560; 41591; 41616; 41727; 42181; 42205; 42256; 42350; 42359; 42553; 43069; 43080; 43172; 43620; 44169; 44212; 44588; 44679; 44745; 44750; 45084

#### **Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen**

LWV-Archiv, Best. 16, Krankenakten Otto B., Erich B., Henri V., Peter H.

### **Zeitschriften, Gesetzesblätter**

#### **Zeitschriften:**

Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 121 (1942), S. 188

#### **Gesetzestexte:**

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.7.1933 in: RGBL.I 1933, S. 529

## Literaturverzeichnis

- Absolon, Rudolf: Wehrgesetz und Wehrdienst 1935-1945. Das Personalwesen in der Wehrmacht, Boldt, Boppard am Rhein 1960
- Ackerknecht, Erwin H.: Kurze Geschichte der Psychiatrie, Enke, 3. verbesserte Auflage, Stuttgart 1985
- Arenz, Dirk: Dämonen, Wahn, Psychose. Exkursionen durch die Psychiatriegeschichte, Viavital, Köln 2003
- Auerbach, Inge: Catalogus professorum academiae Marburgensis. Die akademischen Lehrer der Philipps-Universität Marburg. Zweiter Band: Von 1911 bis 1971, Elwert, Marburg 1979
- Aumüller, Gerhard: Die Rolle der Universitätsnervenklinik und der Landesheilanstalt in den Kriegsjahren. Kriegsbedingte Änderungen in der Struktur, Organisation und Aufgabenstellung der Kliniken, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001, S. 592-604
- Baer, Rolf: Die Entstehung der Schizophreniekonzepte, in: Baer, Rolf: Themen der Psychiatriegeschichte, Enke, Stuttgart 1998, S. 35-42
- Beddies, Thomas: Einleitung, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999, S.23-36
- Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999a, S. 37-187
- Beddies, Thomas: Administrative, persönliche und soziale Informationen, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999b, S. 237-340
- Beddies, Thomas: Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten, in: Hirschmüller, Albrecht und Annett Moses (Hg.): Psychiatrie in Binswangers Klinik „Bellevue“. Diagnostik – Therapie – Arzt-Patient-Beziehung, Vorträge einer internationalen Tagung, Tübingen 2002, S. 3-11
- Bedürftig, Friedemann: Lexikon Drittes Reich, Piper, München 1997

- Blankenburg, Wolfgang: Karl Jaspers, in: Engelhardt, Dietrich von, Fritz Hartmann (Hg.): *Klassiker der Medizin*, 2. Band, Beck, München 1991, S. 350-365
- Bleuler, Eugen: Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe), in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 65 (1908), S. 436-464
- Bleuler, Eugen: Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien, in: Aschaffenburg, Gustav (Hg.): *Handbuch der Psychiatrie*, spez. Teil, 4. Abt., 1. Hälfte, Deuticke, Leipzig, Wien 1911
- Bleuler, Eugen: *Lehrbuch der Psychiatrie*, Springer, Berlin 1916
- Bleuler, Eugen: *Lehrbuch der Psychiatrie*, 6. Aufl., den neueren Anschauungen und Bedürfnissen angepasst, Springer, Berlin 1937
- Bleuler, Manfred: Forschungen und Begriffswandlungen in der Schizophrenielehre 1941-1950, in: Benedetti, G., M. Bleuler, H. Kind, F. Mielke: *Entwicklung der Schizophrenielehre seit 1941*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1960, S. 7-74
- Blume, Gustav: Über die Einrichtung psychiatrischer Krankheitsgeschichten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 99 (1933), S. 84-97
- Bock, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und zur Frauenpolitik*, Westdeutscher Verlag, Opladen 1986
- Bondy, Brigitta: Ätiopathogenese – genetische, biochemische und sonstige biologische Befunde, in: Schmauß, Max (Hg.): *Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie*, UNI-MED, Bremen 2002, S. 91-118
- Brinkmann-Frisch, Fritz: Das Kriegsgefangenenkommando der Dynamit AG Allendorf in der Landesheilanstalt Marburg (1940-1942), in: Sandner, Peter, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.): *Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn*, Jonas-Verlag, Marburg 2001, S. 315-320
- Broszat, Martin, Norbert Frei (Hg.): *Das Dritte Reich im Überblick*, Piper, München 1989
- Bumke, Oswald: *Lehrbuch der Geisteskrankheiten*, 5. Aufl., Bergmann, München 1942
- Burger, Waltraud: Zwischen Schicksalsklärung und Einbeziehung der Erlebnisgeneration – die Arbeit der Gedenkstätte Trutzhain, in: Hedwig, Andreas (Hg.): *Zwangsarbeit während der NS-Zeit. Nachweisbeschaffung, historische Forschung und Auseinandersetzung mit der Vergangenheit in Hessen*, Verein für Hessische Geschichte und Landeskunde e.V., Marburg 2005, S. 75-81

- Conrad, Klaus: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltsanalyse des Wahns, 3. unveränderte Auflage, Thieme, Stuttgart 1971
- Diepgen, Paul: Geschichte der Medizin, II. Band, 2. Hälfte 1858-1900, de Gruyter, Berlin 1955
- Dörries, Andrea: Der „Würzburger Schlüssel“ von 1933 – Diskussionen um die Entwicklung einer Klassifikation psychischer Störungen, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999, S. 188-205
- Dörries, Andrea: Medizinische Informationen, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999a, S.341-398
- Dörries, Andrea: Akten und Computer: Methodik einer computergestützten Analyse historischer Krankenakten, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999b, S. 206-235
- Dilling H., W. Mombour, M. H. Schmidt (Hg.): Weltgesundheitsorganisation. Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, Huber, Bern, Göttingen, Toronto 1991
- Dilling, Horst, Christian Reimer, Volker Arolt: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, 4., überarbeitete und aktualisierte Aufl., Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2001
- Eitner, Siegfried: Zur Diagnosen-Statistik der psychiatrisch-neurologischen Klinik-aufnahmen, Med. Diss. Marburg 1940
- Form, Wolfgang, Albert Kirschner, Thomas Werther: Zwangsarbeit in Marburg 1939-1945, 2. Auflage, Geschichtswerkstatt Marburg e.V., Marburg 2001
- Franck, Rudolf: Moderne Therapie in innerer Medizin und Allgemeinpraxis. Ein Handbuch der medikamentösen, physikalischen und diätetischen Behandlungsweisen der letzten Jahre, 7. vermehrte und verbesserte Aufl., Vogel, Berlin 1934
- Giel, Robert: Schizophreniepatienten in den Wittenauer Heilstätten (1920-1960) – ein Überblick, in: Beddies, Thomas, Andrea Dörries (Hg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960, Matthiesen, Husum 1999, S. 399-434
- Gimbel, John: Marburg nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes, in: Dettmering, Erhart, Rudolf Grenz (Hg.): Marburger Geschichte. Rückblick auf die Stadtgeschichte in Einzelbeiträgen, Magistrat, Marburg 1980, S. 655-676

- Gottesman, Irving I.: Schizophrenie. Ursachen, Diagnosen und Verlaufsformen, dt. Übers. hrsg. und mit einem Vorwort von Gerd Huber, Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg, Berlin, Oxford 1993
- Gruhle, Hans W.: Geschichtliches, in: Bumke, Oswald (Hg.): Handbuch der Geisteskrankheiten, Spez. Teil, 5. Teil: Die Schizophrenie, Springer, Berlin 1932, S. 1-30
- Grundmann, Kornelia: Kriegswichtige Forschung, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001, S. 615-649
- Hedwig, Andreas (Hg.): Zwangsarbeit während der NS-Zeit. Nachweisbeschaffung, historische Forschung und Auseinandersetzung mit der Vergangenheit in Hessen, Verein für Hessische Geschichte und Landeskunde e.V., Marburg 2005
- Herbert, Ulrich: Fremdarbeiter. Politik und Praxis des „Ausländer-Einsatzes“ in der Kriegswirtschaft des Dritten Reiches, Neuauflage, Dietz, Bonn 1999
- Hilder, Dagmar Juliette: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus: Die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in der Landesheilanstalt Marburg, Med. Diss. Marburg 1995
- Hofer, Walther (Hg.): Der Nationalsozialismus. Dokumente 1933-1945, Fischer, Frankfurt am Main 1957
- Hoff, Paul: Psychotische Erkrankungen: Die psychiatriehistorische Perspektive, in: Schmauß, Max (Hg.): Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie, UNI-MED, Bremen 2002, S. 19-34
- Hohls, Rüdiger und Hartmut Kaelble: Die regionale Erwerbsstruktur im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik 1895-1970, Scripta-Mercaturae-Verlag, St. Katharinen 1989
- Jaspers, Karl: Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen, 2. neubearb. Aufl., Springer, Berlin 1920
- Klaesi, Jakob: Eugen Bleuler, in: Kollé, Kurt (Hg.): Große Nervenärzte, Band 1, 2. erweiterte Auflage, Thieme, Stuttgart 1970, S. 7-16
- Klee, Ernst: „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main 1985
- Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich, Wer war was vor und nach 1945, 2. durchgesehene Auflage, Fischer, Frankfurt am Main 2003

- Knödler, Ulrich: Das Insulinproblem. Eine Studie zum Zusammenbruch der Arzneimittelversorgung der Zivilbevölkerung im Zweiten Weltkrieg, in: Der Wert des Menschen. Medizin in Deutschland 1918-1945 (Deutsche Vergangenheit 34), Edition Hentrich, Berlin 1989, S. 250-260
- Kolle, Kurt: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 2. verb. Aufl., Urban & Schwarzenberg, Berlin, Wien 1943
- Kolle, Kurt: Hans W. Gruhle, in: Kolle, Kurt (Hg.): Große Nervenärzte, Band 3, Thieme, Stuttgart 1963, S. 69-76
- Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte, 5. vollständig umgearbeitete Aufl., Barth, Leipzig 1896
- Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 8. vollständig umgearbeitete Aufl., Barth, Leipzig 1913
- Krähwinkel, Esther: Formen der Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ an der Marburger Medizinischen Fakultät. *Medizinhistorisches Journal* 34 (1999) S. 159-209
- Krähwinkel, Esther: Zwangssterilisation und das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001, S. 450-485
- Krähwinkel, Esther: Ärztemangel und die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001a, S.566-583
- Krähwinkel, Esther: Die Behandlung von Zwangsarbeitern, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Renschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001b, S. 587-592
- Kretschmer, Ernst: Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten, Springer, Berlin 1921
- Kretschmer, Ernst: Der sensitive Beziehungswahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage und zur psychiatrischen Charakterlehre, 2. verbesserte und vermehrte Aufl., Springer, Berlin 1927
- Kretschmer, Ernst: Psychotherapie der Schizophrenie und ihrer Grenzzustände. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 121 (1929), S. 211-223

- Kretschmer, Ernst: Medizinische Psychologie, 8. unveränderte Aufl., Thieme, Leipzig 1945
- Kretschmer, Ernst: Psychotherapeutische Studien, Thieme, Stuttgart 1949
- Kretschmer, Ernst: Gestalten und Gedanken. Erlebnisse von Ernst Kretschmer, Thieme, Stuttgart 1963
- Kretschmer, Ernst: Psychiatrische Schriften 1914-1962. Bearbeitet und herausgegeben von W. Kretschmer, Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1974
- Krüger, Helmut: Die Schizophrenien. Herausforderung für eine Psychiatrie diesseits der Wissenschaftsschranken, Enke, Stuttgart 1981
- Lange, Johannes: Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie, 2. verbesserte Auflage, Thieme, Leipzig 1936
- Lange, Johannes: Die Kritik der neuen Auffassungen in der Kraepelinschen Schule, in: Schneider, Carl: Die schizophrenen Symptomenverbände, Springer, Berlin 1942, S. 8-13
- Lilienthal, Georg: Die Opfer der NS-„Euthanasie“-Verbrechen, in: Sandner, Peter, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.): Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Jonas-Verlag, Marburg 2001, S. 276-304
- Linhardt, Andreas: Die Technische Nothilfe in der Weimarer Republik, Books on Demand, Norderstedt 2006
- Luxenburger, Hans: Eugenische Prophylaxe, in: Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie, 6. Aufl., den neueren Anschauungen und Bedürfnissen angepasst, Springer, Berlin 1937
- Marle, Walter (Hg.): Lexikon der gesamten Therapie, Band 1, 4. umgearb. Aufl., Urban & Schwarzenberg, Berlin, Wien 1935
- Michalka, Wolfgang (Hg.): Deutsche Geschichte 1933-1945. Dokumente zur Innen- und Außenpolitik, Fischer-Taschenbuch-Verlag, Frankfurt am Main 1993
- Müller, Roland: Wege zum Ruhm. Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg. Das Beispiel Marburg, PapyRossa, Köln 2001
- Neebe, Reinhard: Zwangsarbeit während der NS-Zeit in Hessen. Historisches Lernen mit Dokumenten aus dem Hessischen Staatsarchiv Marburg, in: Hedwig, Andreas (Hg.): Zwangsarbeit während der NS-Zeit. Nachweisbeschaffung, historische Forschung und Auseinandersetzung mit der Vergangenheit in Hessen, Verein für Hessische Geschichte und Landeskunde e.V., Marburg 2005, S. 61-74

- Pause, Editha: Der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie und der Bau der Nervenlinik unter Franz Tuczek in Marburg, Med. Diss. Marburg 1989
- Pleticha, Heinrich (Hg.): Deutsche Geschichte, Band 11, Republik und Diktatur 1918-1945, Bertelsmann-Lexikon-Verlag, Gütersloh 1993
- Pöldinger, Walter: Kompendium der Psychopharmakotherapie, Deutsche Hoffmann-LaRoche AG, Grenzach/Baden 1967
- Priwitzer, Martin: Ernst Kretschmer und das Wahnproblem, Med. Diss. Tübingen 2004
- Puvogel, Ulrike, Martin Stankowski: Gedenkstätten für die Opfer des Nationalsozialismus, Band I, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn 1995
- Rechlin, T.: Ursachen und Wirkungen der zeitgenössischen Antipsychiatrie, in: Baer, Rolf: Themen der Psychiatriegeschichte, Enke, Stuttgart 1998, S. 83-103
- Remschmidt, Helmut, Peter Wehmeier: Die Rolle der Universitätsnervenlinik und der Landesheilanstalt in den Kriegsjahren. Retrospektive Analyse des Alters-, Berufs- und Morbiditätsprofils der männlichen psychiatrischen Patienten 1939-1945, in: Aumüller, Gerhard, Kornelia Grundmann, Esther Krähwinkel, Hans H. Lauer, Helmut Remschmidt: Die Marburger Medizinische Fakultät im „Dritten Reich“, Saur, München 2001, S.604-614
- Richarz, Bernhard: Heilen, Pflegen, Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus, Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen 1987
- Riedesser, Peter, Axel Verderber: „Maschinengewehre hinter der Front“. Zur Geschichte der deutschen Militärpsychiatrie, 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2004
- Rohr, Kurt, Horst Sträßer (Begr.): Bundesversorgungsrecht mit Verfahrensrecht, 6. Auflage, Asgard-Verlag, Sankt Augustin 2007
- Rüdin, Ernst: Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox, Springer, Berlin 1916
- Scharfetter, C.: Definition, Abgrenzung, Geschichte, in: Kisker, K. P. u.a. (Hg.): Psychiatrie der Gegenwart, 4. Schizophrenien, 3. völlig neu gestaltete Aufl., Springer, Berlin 1987, S. 1-38
- Schmauß, Max, Thomas Messer: Symptomatologie der Schizophrenie, in: Schmauß, Max (Hg.): Schizophrenie – Pathogenese, Diagnostik und Therapie, UNI-MED, Bremen 2002, S. 35-59

- Schmieder, Fritz: Zur Häufigkeit und Bedeutung der Wirbelsäulenschädigungen bei den Krampf- und Schockverfahren. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 121 (1942), S.141-180
- Schneider, Carl: Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Allgemeine Erfahrungen, Grundsätze, Technik, Biologie, Springer Berlin 1939
- Schneider, Carl: Die schizophrenen Symptomenverbände, Springer, Berlin 1942
- Schneider, Kurt: Psychiatrische Vorlesungen für Ärzte, 2. verbesserte und vermehrte Aufl., Thieme, Leipzig 1936
- Schneider, Kurt: Psychischer Befund und psychiatrische Diagnose, 2. veränderte Aufl., Thieme, Leipzig 1942
- Schoenen, Josef: Die Avertin-Rektidon Dämmerschlafbehandlung bei erregten Psychosen, Med. Diss. Marburg 1937
- Siemen, H.-L.: Psychiatrie im Nationalsozialismus, in: Baer, Rolf: Themen der Psychiatriegeschichte, Enke, Stuttgart 1998, S.104-124
- Steffen, Karl-Heinz: Initialer schizophrener Strukturwandel als Prophetenwahn, Med. Diss. Marburg 1942
- Wendiggensen, Reinhard: Zum Problem des initialen schizophrenen Strukturwandels, Med. Diss. Marburg 1941
- Wette, Wolfram: Die Wehrmacht. Feindbilder, Vernichtungskrieg, Legenden, 2. Auflage, Fischer, Frankfurt am Main 2002
- Wirges, Rudolf: Beitrag zum Problem des initialen schizophrenen Strukturwandels, Med. Diss. Marburg 1942



## Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer waren an der Philipps-Universität Marburg, der Universität von Poitiers sowie an der Humboldt-Universität zu Berlin die Damen und Herren:

Arnold, Aumüller, Barth, Basler, Baum, Boissonnot, Christiansen, Clarac, Czubayko, Danzer, Daut, Doss, Engel, Feuser, Fontanel, Fruhstorfer, Giese, Gil, Gotzen, Grau, Griss, Hasilik, Hellinger, Hesse, Heubel, Hofmann, Jungclas, Kern, Klenk, Klose, Koolman, Krieg, Larregue, Lauer, Lennartz, Lill, Lippert, Löffler, Magnin, Maisch, Moll, Mueller, Müller, Neubauer, Niessing, Oertel, Oriot, Remschmidt, Richter, Röhm, Rothmund, Schäfer, Schüffel, Schulz, Seitz, Steiniger, Sundermeyer, Voigt, Weihe, Zenker



## Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Dr. Remschmidt für die freundliche Betreuung der Arbeit.

Mein Dank gilt auch Herrn Dr. Peter Wehmeier (ehemals Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg) für Hinweise zu speziellen differentialdiagnostischen Abgrenzungen, Herrn Dr. André Scherag (ehemals Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie der Philipps-Universität Marburg) für die Auskünfte zur Statistik sowie Frau Dr. Esther Krähwinkel für wertvolle Anregungen aus historischer Sicht.

Frau Prof. Dr. Christina Vanja danke ich für den unkomplizierten Zugang zum Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen in Kassel.

Ich danke meiner Schwester Dr. Regina Ebner für ihre Hinweise aus psychiatrischer Sicht.

Meinen Eltern danke ich für unermüdliches Babysitting sowie meinem Mann Volker Helmert für die fortwährende moralische Unterstützung.