

Aus der Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin
Geschäftsführende Direktorin Prof. Dr. Tanja Pommerening
des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Die Heil- und Pflegeanstalt Herborn
Anfang des 20. Jahrhunderts:
Ein Beitrag zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie
aufgearbeitet anhand von Sektionsprotokollen

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten
Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg vorgelegt von

Marta Leonora Frank
aus Hamburg

Marburg, 2022

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am 7.2.2022

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs.

Dekanin: Prof. Dr. Denise Hilfiker-Kleiner

Referentin: Prof. Dr. Irmtraut Sahmland

1. Korreferent: Prof. Dr. Karl Braun

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Tabellenverzeichnis	IV
Diagrammverzeichnis	X
1. Einleitung	1
1.1. Aufbau der Arbeit	4
2. Die Heil- und Pflegeanstalt Herborn	5
2.1. Zur Entstehung der Heil- und Pflegeanstalten	5
2.2. Skizzierung der Psychiatrie um 1900	7
2.3. Die Gründung der Heil- und Pflegeanstalt Herborn	12
2.4. Aufbau der Klinik	16
2.4.1. Der Nutzen der Therapie	18
2.4.2. Familienpflege	20
2.4.3. Das Personal	23
2.4.4. Der Anstaltsdirektor Dr. Snell – biographische Skizze	24
2.5. Der Erste Weltkrieg in den psychiatrischen Anstalten des deutschen Reichs	25
2.6. Der Erste Weltkrieg in der Heil- und Pflegeanstalt Herborn	27
3. Zum Material	33
3.1. Rechtliche Grundlagen	33
3.2. Beteiligtes Personal	36
3.3. Sektionsbände	37
3.3.1. Aufbau des Sektionsprotokolls	37
3.4. Verbindungen Herborns zum Marburger Pathologischen Institut	40
3.5. Krankenakten	44
4. Die Sektionen von 1911-1916 und 1927-1930	47
4.1. Methodische Vorüberlegungen	47
4.2. Sektionen im Jahr 1911	51
4.3. Sektionen im Jahr 1912	55
4.4. Sektionen im Jahr 1913	61
4.5. Sektionen im Jahr 1914	68

4.6. Sektionen im Jahr 1915	78
4.7. Sektionen im Jahr 1916	89
4.8. Sektionen im Jahr 1927	103
4.9. Sektionen im Jahr 1928	112
4.10. Sektionen im Jahr 1929	123
4.11. Sektionen im Jahr 1930	138
4.12. Gesamtauswertung	147
4.12.1. Die Entwicklung der Krankenbestände	147
4.12.2. Die Anzahl der Verstorbenen	151
4.12.3. Die Anzahl an Sektionen	154
4.12.4. Die häufigsten Todesursachen	157
4.12.5. Die häufigsten Diagnosen	158
5. Exemplarische Krankenakte	161
6. Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext	171
6.1. Erschöpfungszustände	171
6.2. Der Tod durch und die Diagnose der Syphilis	175
6.2.1. Der Krankheitsverlauf der Syphilis nach heutigem Wissen	176
6.2.2. Geschichtlicher Hintergrund der Syphilis	177
6.2.3. Ausprägungsformen	185
6.2.4. Die Syphilis in der Auswertung der Sektionsprotokolle	194
6.3. Zum Begriff der Schizophrenie	200
7. Ergebnisse	206
8. Fazit	216
9. Zusammenfassung	218
9.1. Zusammenfassung	218
9.2. Summary	220
10. Quellen- und Literaturverzeichnis	222
11. Anhang	237
Verzeichnis der akademischen Lehrerinnen und Lehrer	
Danksagung	

Abbildungsverzeichnis

Bild Nr.	Titel	Seite
Bild 1	Entwurf des Lageplans der HPA Herborn mit Längsschnitt durch den „neutralen Streifen“ (Deutsche Bauzeitung 1908)	17
Bild 2	Typisches Sektionsprotokoll aus dem 1. Band	38
Bild 3	Beispielhaftes Sektionsprotokoll von 1930 mit nachträglich hinzugefügtem pathologischem Befund vom Marburger Pathologischen Institut	41
Bild 4	Beispielhafter Umschlag einer Krankenakte von 1930	44
Bild 5	Umschlag der Krankenakte von Anton Raab	162
Bild 6	Ausschnitt des Sektionsberichtes aus dem dritten Sektionsband mit vermerkter Todesursache	165
Bild 7	Briefumschlag des Briefes des Bruders, adressiert an die „Anstalt Herborn im Dillkreis“	166
Bild 8	Brief des Bruders	167

Bild 9	Kleiderverzeichnis von Anton Raab	168
Bild 10	Ausschnitt des Sektionsprotokolls mit pathologischem Befund aus dem Pathologischen Institut in Marburg	169

Tabellenverzeichnis

Tabellen Nr.	Titel	Seite
Tabelle 1	Anzahl von Familienpfleglingen der HPA Herborn 1927-1942	22
Tabelle 2	Anzahl der pathologisch untersuchten und versendeten Organe 1927- 1930	42
Tabelle 3	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1911	52
Tabelle 4	Todesursachen der verstorbenen Männer 1911	52
Tabelle 5	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1911	52
Tabelle 6	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1911	53
Tabelle 7	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1912	55

Tabelle 8	Todesursachen der verstorbenen Männer 1912	55
Tabelle 9	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1912	56
Tabelle 10	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1912	57
Tabelle 11	Diagnosen der Verstorbenen 1912	57
Tabelle 12	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1913	62
Tabelle 13	Todesursachen der verstorbenen Männer 1913	62
Tabelle 14	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1913	63
Tabelle 15	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1913	64
Tabelle 16	Diagnosen der Verstorbenen 1913	65
Tabelle 17	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1914	68
Tabelle 18	Todesursachen der verstorbenen Männer 1914	68
Tabelle 19	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1914	70
Tabelle 20	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1914	71

Tabelle 21	Diagnosen der Verstorbenen 1914	71
Tabelle 22	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1915	79
Tabelle 23	Todesursachen der verstorbenen Männer 1915	79
Tabelle 24	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1915	80
Tabelle 25	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1915	82
Tabelle 26	Diagnosen der Verstorbenen 1915	83
Tabelle 27	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1916	91
Tabelle 28	Todesursachen der verstorbenen Männer 1916	91
Tabelle 29	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1916	93
Tabelle 30	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1916	95
Tabelle 31	Diagnosen der Verstorbenen 1916	96
Tabelle 32	Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1927	103
Tabelle 33	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1927	103

Tabelle 34	Todesursachen der verstorbenen Männer 1927	104
Tabelle 35	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1927	106
Tabelle 36	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1927	107
Tabelle 37	Diagnosen der Verstorbenen 1927	108
Tabelle 38	Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1928	112
Tabelle 39	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1928	112
Tabelle 40	Todesursachen der verstorbenen Männer 1928	113
Tabelle 41	Todesursache des oder der Verstorbenen mit unbekanntem Geschlecht 1928	114
Tabelle 42	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1928	114
Tabelle 43	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1928	116
Tabelle 44	Diagnosen der Verstorbenen 1928	117
Tabelle 45	Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1929	123

Tabelle 46	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1929	123
Tabelle 47	Todesursachen der verstorbenen Männer 1929	123
Tabelle 48	Todesursachen der Verstorbenen 1929, deren Geschlecht nicht zuzuordnen war	125
Tabelle 49	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1929	126
Tabelle 50	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1929	127
Tabelle 51	Diagnosen der Verstorbenen 1929	128
Tabelle 52	Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1930	138
Tabelle 53	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1930	138
Tabelle 54	Todesursachen der verstorbenen Männer 1930	138
Tabelle 55	Todesursachen der verstorbenen Frauen 1930	140
Tabelle 56	Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1930	141
Tabelle 57	Diagnosen der Verstorbenen 1930	142

Tabelle 58	Gesamtkrankenbelegung, männliche und weibliche Personen pro Jahr	148
Tabelle 59	Anzahl Verstorbener aus Recherchen in Krankenakten und Sektionsbüchern im Vergleich zur Bestandsliste	151
Tabelle 60	Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte 1911- 1930	154
Tabelle 61	Die häufigsten Todesursachen 1911-1930	157
Tabelle 62	Die häufigsten Diagnosen der Verstorbenen 1911- 1930 (auf nur eingeschränkter Quellenbasis)	158
Tabelle 63	Verstorbene mit syphilitischen Diagnosen, histopathologischen Befunden oder Todesursachen 1911-1916 und 1927-1930	197
Tabelle 64	Verstorbene mit Diagnosen aus der Gruppe der Schizophrenien 1911-1916 und 1927-1930	202
Tabelle 65	Tabellarische Übersicht der recherchierten Publikationen des	236

	Herborner Oberarztes Werner H. Becker	
--	--	--

Diagrammverzeichnis

Diagramm Nr.	Titel	Seite
Diagramm 1	Alterspyramide der Verstorbenen 1912	58
Diagramm 2	Alterspyramide der Verstorbenen 1913	66
Diagramm 3	Alterspyramide der Verstorbenen 1914	72
Diagramm 4	Alterspyramide der Verstorbenen 1915	84
Diagramm 5	Alterspyramide der Verstorbenen 1916	97
Diagramm 6	Alterspyramide der verstorbenen Männer 1927	109
Diagramm 7	Alterspyramide der verstorbenen Männer 1928	118
Diagramm 8	Alterspyramide der verstorbenen Männer 1929	130
Diagramm 9	Alterspyramide der verstorbenen Männer 1930	143
Diagramm 10	Gesamtkrankenbelegung, männliche und weibliche Personen pro Jahr	149
Diagramm 11	Die Anzahl der Verstorbenen jeweils nach der Angabe in der Liste Krankensbewegung und in den Sektionsberichten und	153

	Krankenakten im Vergleich zum gesamten Krankenbestand	
Diagramm 12	Anzahl Verstorbener unterteilt in seziert und nicht-seziert	155

1. Einleitung

Die Heil- und Pflegeanstalt (folgend HPA abgekürzt) für Nervenkrankheiten im hessischen Herborn wurde im Jahr 1911 gegründet. Ziel war es, eine neue moderne Anstalt für den steigenden Bedarf an psychiatrischer Versorgung zu schaffen. Die Landesheilanstalt wurde nach modernstem Standard konzipiert, in der Hoffnung, eine zeitgemäße, eventuell sogar therapeutisch wegweisende Einrichtung zu schaffen. Doch da wenige Selbstzahlende aus gehobenen Gesellschaftsschichten die Klinik aufsuchten und zunehmend als „unheilbar“ eingestufte chronisch Kranke in die HPA Herborn überwiesen wurden, entwickelte sich die Anstalt bald zu einer reinen Versorgungseinrichtung.¹

Schon ab Mitte des 19. Jahrhunderts gab es große Bestrebungen seitens führender deutscher Psychiater, die Psychiatrie als naturwissenschaftlich fundiertes und medizinisches Fach zu etablieren. Im Zuge dessen wurden zunehmend psychiatrische Nomenklaturen, Diagnosekriterien und Therapiemethoden standardisiert.

Die Gründung der HPA Herborn fällt in diesen Kontext. Von Anstaltsgründung an wurde ein Sektionsraum für die Obduktionen Verstorbener mit eingerichtet – eine solche Ausstattung war auch in weiteren psychiatrischen Kliniken dieser Zeit durchaus üblich.

Von den Obduktionen in der HPA Herborn sind die Sektionsprotokolle erhalten geblieben und befinden sich in drei Sektionsbänden im Bestand des Archivs des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) in Kassel.²

Es wird in dieser Arbeit der Versuch unternommen, auf Basis dieser Sektionsprotokolle einen Zugang zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie und speziell der HPA Herborn zu gewinnen – besonders zunächst über die dokumentierte Sektionstätigkeit und die hieraus durch die Sezierenden erarbeiteten Ergebnisse.

Die ersten beiden Bände dokumentieren die Sektionen verstorbener Patienten und Patientinnen der Jahre 1911 (dem Gründungsjahr der Klinik) bis 1916 (mitten im Ersten Weltkrieg), während der dritte die der Jahre 1927 bis 1930 enthält. Da der zweite Band nicht das ganze Jahr 1916 umfasst und bis zum nächsten vorhandenen Band elf Jahre

¹ Vgl. Vanja, Christina: Arbeitstherapie und Außenberatung im volkswirtschaftlichen Wohlfahrtsstaat – Die Landesheilanstalt Herborn in der Zeit der Weimarer Republik. In: Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 16, Jonas Verlag, Marburg, 2011, S. 72-99, hier S. 73.

² Das LWV Hessen fungiert seit 1953 als Nachfolger des kommunalständischen Verbandes des Regierungsbezirks Kassel der preußischen Provinz Hessen-Nassau (diesem unterstanden neben anderen Aufgaben die der überörtlichen Fürsorge).

fehlen, ist davon auszugehen, dass mindestens ein Band für diese Zeit fehlt. Dieser konnte jedoch weder im Archiv des LWV noch in der Klinik Herborn selbst gefunden werden. Von einer doppelten Dokumentation (Abschriften oder Erfassung der Obduktionen in anderen Quellensorten) ist nichts bekannt. Der gesamte Bestand der Sektionsprotokolle wird trotz Lücke gemeinsam ausgewertet. Es wird im Folgenden daher vom ersten (1911-1916) und zweiten untersuchten Zeitabschnitt (1927-1930) gesprochen.

Die Auswertung erfolgt mit der primären Frage danach, *welchen Erkenntnisgewinn die Sektionen erbrachten*. Es soll aus den Sektionsprotokollen herausgearbeitet werden, welche Umstände bei PsychiatriepatientInnen der HPA Herborn zum Tod führten.

Da es sich um Verstorbene handelte, die zu Lebzeiten wegen ihrer psychischen Leiden behandelt wurden, stellt sich auch die Frage, worin das Ziel der Sektion ihrer Körper lag. Dienten sie der Sicherung der Todesursache, wie auch in somatischen Fächern und bedeuteten eine Loslösung aus dem speziell psychiatrischen Kontext? Oder erhoffte sich der Sezierende etwa eine postmortale, somatisch nachweisbare Diagnosesicherung der zu Lebzeiten erlittenen psychischen Erkrankung anhand von körperlichen Auffälligkeiten? Waren die Kranken womöglich auch an Folgen ihrer psychischen Krankheiten verstorben? Unterlagen die Sektionen einem Forschungszweck? Oder wurden sie gar nur durchgeführt, weil dies eventuell rechtlich so vorgeschrieben war?

Durch die Lücke zwischen 1916 und 1927 ist die Überlieferung nicht lückenlos – der Wert der Analyse der vorhandenen Unterlagen wird hierdurch allerdings keineswegs in Frage gestellt. Sie umfassen nämlich trotzdem einen zeitlichen Rahmen, der ein reges Zeitgeschehen beinhaltet: 1911 in der Kaiserzeit beginnend, endet der gesamte untersuchte Zeitabschnitt schließlich 1930 in den letzten Jahren der Weimarer Republik, nur drei Jahre vor der nationalsozialistischen Machtergreifung.

Es ist zu vermuten, dass sich einzelne Aspekte rund um die Sektionen über die untersuchten Jahre hinweg verändert haben könnten: beispielsweise die Benennung der Krankheiten, an denen die Kranken litten und verstarben. Vielleicht kamen aber auch neu entdeckte Krankheiten, die erst im Verlauf benannt werden konnten, hinzu. Diese könnten einerseits im wissenschaftlichen Diskurs lediglich neu formuliert oder erkannt worden, aber auch durch z.B. äußere Einflüsse tatsächlich neu aufgetreten sein. Dieser Verlauf wäre anhand einzelner Erkenntnisse aus den Protokollen, wie z.B. den Todesursachen und Diagnosen im Wandel der Zeiten erkennbar.

Die Sektionsprotokolle umfassen zeitlich auch die ersten Jahre des Ersten Weltkriegs: Womöglich lassen sich aus dem Material kriegsbedingte Einflüsse auf die Anstalt und deren Patienten und Patientinnen ermitteln.

Weiterhin interessant ist die Sektionspraxis selbst, ob die Sektionen standardisiert durchgeführt wurden und durch wen.

Die Protokolle sollen folglich besonders auf den Inhalt, aber auch auf ihre Struktur bezogen ausgewertet werden. Als Beitrag zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie im frühen 20. Jahrhundert zielt ein zusätzliches Erkenntnisinteresse dieser Arbeit darauf, anhand ergänzend ausgewählter Primärquellen das wissenschaftliche und alltagsgeschichtliche Umfeld dieser Zeit weiter aufzuarbeiten. Es werden daher auch Krankenakten, Jahresberichte und Bestandslisten seitens der Klinikleitung der HPA Herborn hinzugezogen und ausgewertet.

Den Krankenakten (ebenso im Archiv des LWV in Kassel verwahrt) kommt aufgrund der reichlichen ergänzenden Informationen eine besondere Bedeutung zu. Zusätzlich werden auch zeitgenössische medizinische Fachzeitschriften und Lehrbücher herangezogen sowie nach Publikationen seitens der Ärzte Herborns und nach Kooperationen mit anderen Kliniken geschaut, um neben der Frage nach der Intention der Sektionen auch dem wissenschaftlichen Schaffen der beteiligten Ärzte nachzugehen.

Basierend auf diesen Daten gilt es, das direkte Umfeld, also die HPA Herborn und ihre MitarbeiterInnen, genauer zu rekonstruieren. Zu diesem Zweck kann zum Teil auf die Publikation „100 Jahre Psychiatrie in Herborn“ zurückgegriffen werden, welche zum 100-jährigen Bestehen der Klinik 2011 erschienen ist.³ Außerdem können hierfür weitere Materialien aus dem Archiv des LWV herangezogen werden, beispielsweise die Verhandlungen des Kommunallandtags des Regierungsbezirks Wiesbaden (VKW). Die in diesen Bänden enthaltenen jährlichen Berichte seitens der Klinikleitung der HPA Herborn beinhalten breite Informationen über den gesamten untersuchten Zeitraum – von der ersten Planung einer psychiatrischen Klinik in Herborn bis in den Klinikbetrieb im Jahr 1930. Sie bieten also auch die Möglichkeit, die quellenbedingte Lücke zwischen 1916 und 1927 in manchen Aspekten zu füllen.

³ Vgl. Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 16, Jonas Verlag, Marburg, 2011.

Im Archiv des LWV gibt es weitere nützliche Materialien zur Thematik: Der Klinikalltag ist im Bestand „Rohrbeck“ photographisch festgehalten.⁴ Außerdem findet sich eine genaue Auflistung der Krankenbestände mit dem Titel *Krankensbewegung*⁵ von Gründung der Klinik an bis in die 60er Jahre. Diese bietet eine weitere Möglichkeit, die aus Protokollen und Krankenakten erhobenen Daten abzugleichen und weitere fehlende Daten zu ergänzen.

1.1. Aufbau der Arbeit

Auf diesen Fragestellungen basierend gliedert sich die Arbeit wie folgt:

Zunächst soll die Geschichte der Psychiatrie um 1900 in kurzer Form skizziert und daraufhin speziell der geschichtliche Hintergrund der HPA Herborn erläutert werden, insbesondere die Gründungs- und Kriegsjahre umfassend. Es wird der Klinikaufbau beschrieben, um einen Eindruck davon zu gewinnen, wie der Alltag an diesem bestimmten Ort ausgesehen hat.

Nachdem dann das untersuchte Material und deren Rahmenbedingungen genauer erläutert werden, wird auf die Sektionspraxis in der HPA Herborn eingegangen. Da im Laufe der Auswertungen der Protokolle eine Zusammenarbeit zwischen der HPA Herborn und dem Marburger Pathologischen Institut auffällt, wird dieser in ihrer Bedeutung nachgegangen – vor allem bezüglich des gegenseitigen Nutzens, den die jeweiligen Einrichtungen aus dieser Zusammenarbeit ziehen konnten.

Schließlich werden die vorgenommenen Auswertungen der Sektionsbände, zunächst jahrgangsweise und später zusammenfassend im direkten Vergleich dargestellt. Hier liegt das Augenmerk auf der Anzahl der Verstorbenen und Sezierten, ihrer Diagnosen und der genannten Todesursachen, der Altersverteilung sowie der Aufenthaltsdauer. Eine der Krankenakten mit Krankengeschichte soll zudem exemplarisch genauer aufgearbeitet werden. Hierdurch soll nicht zuletzt vergegenwärtigt werden, dass PatientInnenkollektive und deren statistische Analyse die Summe von Einzelschicksalen darstellen, die als solche zu würdigen sind. Darauf folgen das Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext, die Ergebnisse und zuletzt das Fazit.

⁴ Vgl. Sammlung Rohrbeck, Archiv des LWV.

⁵ Liste „Krankensbewegung“, Archiv des LWV, Bestand Nr. 15, Akte Nr. 00172.

2. Die Heil- und Pflegeanstalt Herborn

Die Anstalt in Herborn war von Beginn an als Heil- und Pflegeanstalt konzipiert. Vorweg soll kurz beschrieben werden, wie es zur Entstehung der Heil- und Pflegeanstalten im deutschen Sprachraum kam.

2.1. Zur Entstehung der Heil- und Pflegeanstalten

Etwa um 1800 wurden die ersten Irrenanstalten für heilbare „Irre“ gegründet und die bis dato bestehenden „Tollhäuser“ in Heilanstalten umgewandelt.⁶ Diese Wandlung wurde durch einen Paradigmenwechsel in der „Lehre der Geisteskrankheiten“ eingeleitet: Der Gedanke der Heilbarkeit psychisch Kranker gewann an Bedeutung, nachdem zunächst durch den 1808 vom Hallenser Medizinprofessor Christian Johann Reil (1759-1813) der Begriff der „Psychiatrie“ geprägt worden war.⁷

In diesen neuen „Irrenanstalten“ wurden jedoch entweder heilbar oder unheilbar Kranke untergebracht und folglich komplett voneinander getrennt behandelt. Dies stellte sich aber als eine schwer zu handhabende Methode heraus, da die Grenze zwischen heilbar und unheilbar nicht unbedingt eindeutig zu ziehen war. Zudem wurde den Kranken gegenüber, die zunächst als „heilbar“ eingestuft wurden und daher in einer Heilanstalt untergebracht waren, eine infauste Prognose zugesprochen, wenn sie später doch als „unheilbar“ eingeschätzt in eine „Pflegeanstalt“ überwiesen wurden. Eine solche Verlegung war außerdem auch mit einem zusätzlichen Kosten- und administrativen Aufwand verbunden.

1840 entstand durch den Leipziger Professor und Direktor der Irrenheilanstalt Nietleben bei Halle, Heinrich Damerow (1787-1866), die Schrift *„Ueber die relative Verbindung der Irren-Heil- und Pflegeanstalten“*, in welcher nahegelegt wurde, heilbare und unheilbare „Irre“ in der gleichen Anstalt, aber in verschiedenen Abteilungen zu behandeln.⁸

⁶ Vgl. Nolte, Karen: *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*. Band 42, Frankfurt/New York, 2003, S. 30.

⁷ Vgl. Sahmland, Irmtraut: Neuer „Zeitgeist“ trifft auf traditionelles Hospital – Fragen eines modernen Strukturwandels im Landeshospital Haina im frühen 19. Jahrhundert. In: Florian Bruns, Fritz Dross, Christina Vanja (Hrsg.): *Spiegel der Zeit. Leben in sozialen Einrichtungen von der Reformation bis zur Moderne*. 2018/19, Berlin 2020, S. 199-221, hier S. 199. Seine Idee lehnte an Philippe Pinel (1745-1826) an. Vgl. Nolte: *Gelebte Hysterie*. 2003, S. 31.

⁸ Vgl. Vanja, Christina: „Die Irrenanstalt muss in einer anmuthigen Gegend liegen“. Über die Gründung der Herzoglich Nassauischen Heil- und Pflegeanstalt Eichberg. In: Vanja, Christina; Haas, Steffen, Deutschle, Gabriela; Eirund, Wolfgang; Sandner, Peter: *Wissen und irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg*. Darmstadt, 1999, S.11-35, hier S. 27.

Auf Basis einer Schrift des deutschen Psychiaters Christian Friedrich Wilhelm Roller (1773-1843), „*Grundsätze für die Errichtung neuer Irrenanstalten*“ von 1838, wurde dann 1842 die Heil- und Pflegeanstalt Illenau bei Achern gegründet, welche zu der Zeit als Modellanstalt für die folgenden Neugründungen von Heil- und Pflegeanstalten fungierte – so auch beispielsweise für die Heil- und Pflegeanstalt Eichberg 1849.⁹

Bald folgte 1868 ein vom deutschen Internisten und Psychiater Wilhelm Griesinger (1817-1868) weiterführendes Konzept für Irrenanstalten. In seiner Schrift „*Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland*“ stellte er die Unterteilung in „heilbar“ und „unheilbar“ in Frage. Er schlug vor, die Kranken in akut und chronisch krank zu unterteilen – sich also lediglich auf den zeitlichen Faktor der Erkrankung zu beziehen. Er forderte zwei verschiedene Anstaltstypen: Ein „Stadtasyl“ für akut Erkrankte und ein „ländliches Asyl“ für eine längere Unterbringung chronisch Geisteskranker.¹⁰

In Hessen gab es schon im 16. Jahrhundert Einrichtungen für Krankenfürsorge. Landgraf Philipp der Großmütige von Hessen (1504-1567) hatte im Zuge der hessischen Reformation aufgelöste Klöster zwischen 1533 und 1542 in Armenhospitäler umgewandelt.¹¹ So entstanden in Haina bei Marburg, Merxhausen bei Kassel, Hofheim bei Darmstadt und Gronau bei St. Goar am Rhein die sogenannten „Hohen Hospitäler“.¹² Obwohl sie zunächst gegründet worden waren, um „unheilbare“ Kranke (Blinde, Lahme, Taube, Lepra- und Syphiliskranke, an Epilepsie Erkrankte, „Schwermütige“, „Unsinnige“ und „Blödsinnige“) zu pflegen, entwickelten sie sich zunehmend zu „Irrenanstalten“ (bei zunehmendem Anteil der „Gemütskranken“ gegenüber den „Leibeskranken“).¹³ Der ursprüngliche Gründungszweck, nur „Unheilbare“ zu versorgen, verhinderte, dass sich die Hohen Hospitäler schon im Laufe des 19. Jahrhunderts zu psychiatrischen

⁹ Vgl. Nolte: Gelebte Hysterie. 2003, S. 32.

¹⁰ Vgl. Griesinger, Wilhelm: Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. In: Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen. Erster Band, Berlin, 1872, S. 266-309, hier S. 283, sowie Vgl. Sammet, Kai: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland.“ Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868. Hamburg, 2000, S. 143-153.

¹¹ Vgl. Nolte: Gelebte Hysterie. 2003, S. 33.

¹² Vgl. Vanja, Christina: Nur „finstere und unsaubere Clostergänge“? Die hessischen Hohen Hospitäler in der Kritik reisender Aufklärer. In: Fangerau, Heiner; Nolte, Karen (Hrsg.): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik. Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart, 2006, S. 23-42, hier S. 26. Das Hospital in Gronau wurde im 30-jährigen Krieg zerstört.

¹³ Vgl. ebd.

Heilanstalten weiterentwickeln konnten. Auch ihre klösterlich geschlossene Bauweise entsprach nicht mehr der Vorstellung einer möglichen Heilanstalt.¹⁴ Sie blieben zudem noch bis Mitte und Ende des 19. Jahrhunderts in leitender Hand von Juristen, anstatt von Ärzten.¹⁵ Erst ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden große Umbauten unternommen bzw. Anstalten zusammengelegt, um die Landeshospitäler endlich auch zu Heil- und Pflegeanstalten auszubauen.¹⁶

2.2. Skizzierung der Psychiatrie um 1900

Das 19. Jahrhundert wurde von Zeitgenossen um 1900 als das erste Jahrhundert der Psychiatrie als wissenschaftliches Fach bezeichnet.¹⁷ Ein erstes Umdenken vom „zu bändigendem Narren“ hin zu einem ersten Krankheitsverständnis psychischer Erkrankungen wird der Legende nach dem Psychiater Philippe Pinel (1745-1826) in der Zeit der Französischen Revolution zugeschrieben. Dieser soll angeblich als Erster die Insassen des Pariser Irrengefängnisses Bicêtre von ihren Ketten erlöst haben.¹⁸ Im deutschen Sprachraum wird später ein ähnliches Handeln Wilhelm Griesinger zugesprochen.¹⁹

Ab Mitte des 19. Jahrhunderts wurden zunehmend mehr psychisch Erkrankte gezählt als in den vorangegangenen Jahrzehnten²⁰ – eine Entwicklung, die der Psychiatrie als naturwissenschaftlichem Fach mehr Bedeutung brachte und ihren Wandel begründete. Die Psychiatrie stand nun, bedingt durch diese steigende Nachfrage, zunehmend als

¹⁴ Vgl. Nolte: Gelebte Hysterie. 2003, S. 33.

¹⁵ In Hofheim wurde erst 1849 und in Haina und Merxhausen 1891 ein ärztlicher Leiter der Anstalt eingestellt. Vgl. Vanja: Nur „finstere und unsaubere Clostergänge“. 2006, S. 27.

¹⁶ Vgl. ebd.

¹⁷ Vgl. unbek. Autor: Die Jahrhundertwende in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Erster Jahrgang, Halle a. Saale, 1899/1900, S. 377-379, hier S. 378.

¹⁸ Vgl. Sudhoff, Karl: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. 3. und 4. Auflage, Berlin, 1922, S. 462, 463.

¹⁹ Vgl. Westphal, Carl: Nekrolog. Nach einer Rede gehalten zur Gedenkfeier für Griesinger in der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft zu Berlin am 17. November 1868. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. I. Band, Berlin, 1868/1869, S. 760-774, hier S. 770.

²⁰ Vgl. Snell, Otto: Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Jahrgang 44, Heft 6, Berlin, 1888, S. 648-652, hier S. 648. Der Verfasser Otto Snell, welcher der Bruder des Direktors der HPA Herborn Richard Snell war und zahlreich publizierte, bezweifelte, dass es bis Ende des 19. Jahrhunderts tatsächlich zu einer insgesamt steigenden Anzahl der „Irren“ gekommen war – die Wahrnehmung von Erkrankungen habe sich lediglich geändert und das Angebot der Behandlung in Anstalten würde mehr genutzt. Jedoch sah er eine deutliche Zunahme an progressiven Paralytikern.

eigenständige und ernst zu nehmende medizinische Disziplin im Vordergrund des naturwissenschaftlichen Diskurses dieser Zeit.²¹ Sie war jedoch bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts z.B. noch nicht als universitäres Prüfungsfach im Medizinstudium verankert und wurde dementsprechend auch staatlich weniger gefördert als andere gerade aufkommende Fächer wie die Bakteriologie oder Physiologie.²²

Die Gründe für den steigenden Zulauf psychiatrischer Anstalten waren vielfältig: Als Basis galt die Beschleunigung jeglicher Bereiche des alltäglichen Lebens auf urbaner, naturwissenschaftlicher und gesellschaftlicher Ebene aufgrund der zunehmenden Modernisierung und Industrialisierung in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts.²³ Durch die damit einhergehenden Probleme bezüglich der Alimentation und Arbeit innerhalb der Familien sowie ihrer Wohnsituation konnten zudem psychisch Kranke nicht mehr im Kreis der Familie versorgt werden und wurden zunehmend in hierfür vorgesehenen Anstalten untergebracht.²⁴ Weiterhin kam es durch diese Veränderungen zu einem steigenden Alkohol- und Drogenkonsum.²⁵

Es wurden zunehmend psychiatrische Anstalten gegründet, sodass immer mehr Personen Zugang zu solchen Institutionen bekamen – vor allem diejenigen, welche in oder im Umfeld einer Stadt lebten.²⁶

Bedeutend war auch die Ausbreitung der sexuell übertragbaren Infektionskrankheit Syphilis, welche im fortgeschrittenen Stadium zu psychischen Symptomen führt. Heilbar war diese erst Mitte des 20. Jahrhunderts nach Einführung der Antibiotika. Zuvor wurde sie lediglich mit Quecksilberkuren und Therapieansätzen in Form von Arsenpräparaten behandelt (siehe Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext).

²¹ Vgl. Roelcke, Volker: Psychiatrie um 1900 und die Gründung der Anstalt Hadamar. In: George, Uta; Lilienthal, Georg; Roelcke, Volker; Sandner, Peter; Vanja, Christina (Hg.): Hadamar. Heilstätte, Tötungsanstalt, Therapiezentrum. Marburg, 2006, S. 78-89, hier S. 78.

²² Vgl. Roelcke, Volker: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte: Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart, 2002, S. 109-124, hier S. 110.

²³ Vgl. Roelcke: Psychiatrie um 1900. 2006, S. 78.

²⁴ Vgl. Blasius, Dirk: Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Frankfurt am Main 1994, S. 70-71 und Vgl. Ludwig, Georg: Die Ueberfüllung der Landes-Irrenanstalten Hofheim und Heppenheim. Ihre Ursachen und Folgen für die Mittel der Abhülfe. Im Auftrag des Curatoriums der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge der Großh. Landes-Irrenanstalt. Stadthallendorf, 1886, S. 42.

²⁵ Vgl. Adam, Bastian: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. In: Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, 2011, S. 36-61, S. 36.

²⁶ Vgl. Verhandlungen des Kommunallandtags des Regierungsbezirks Wiesbaden (=VKW) 39 (1905), S. 432.

Neue allgemeine psychiatrische Therapieansätze wurden erforscht, publiziert und angewendet. Hierzu zählten z.B. die Arbeits- und Familientherapie, aber auch psychotherapeutische Ansätze sowie die Hypnose und die Anwendung neuer Medikamente. Grundsätzlich wurden aber auch vielfach Dauerbad- und Bettbehandlungen therapeutisch genutzt.²⁷ Auch in der Forensik stieg die Nachfrage nach psychiatrischen Gutachten. Zudem gewann die Psychiatrie gerade in der Frühzeit der Sozialversicherungen zur Entlarvung von Simulanten²⁸ und zu Zeiten der „Verwissenschaftlichung des Sozialen“²⁹ insgesamt als naturwissenschaftliches Fach an Bedeutung. Hierdurch stieg auch das Ansehen der Psychiater.³⁰

Es ist zu betonen, dass zwar am Anfang des 20. Jahrhunderts deutlich mehr psychisch Erkrankte gezählt wurden als zuvor, dies jedoch nicht lediglich darauf zurückzuführen ist, dass es zu der Zeit tatsächlich in dem Maße mehr Erkrankungen gab, sondern dadurch, dass sich die Psychiatrie immer mehr als medizinische Disziplin etablierte, sich auch die Wahrnehmung und Deutung psychischer Erkrankungen veränderte.³¹ Abweichende Verhaltensweisen, die zuvor anderen Ursachen zugeordnet wurden (z.B. religiöser Natur) bzw. gegebenenfalls einfach weitläufiger toleriert wurden, wurden nun anders gedeutet und dem Handlungsbereich der Psychiatrie zugeschrieben.³² In der Psychiatrie wurde nun zunehmend unter Zuhilfenahme neuer Definitionen und Begrifflichkeiten entschieden, welches Verhalten normabweichend war und welches nicht. Zusätzlich traten auch Zeitphänomene auf (wie z.B. die Neurasthenie), welche einerseits auf veränderte, schnelllebige soziale Umstände zurückzuführen sind, aber andererseits auch nun erst im Kontext der Etablierung der Psychiatrie einen Krankheitswert zugesprochen bekamen.

²⁷ Zum Thema der Dauerbäder Vgl. Ankele, Monika: Material Configurations of Nursing and their Ethical Implications. The Prolonged Bath Treatment in Psychiatry. In: European Journal for Nursing History and Ethics 2, 2020. Dieses Paper entstand im Rahmen des Forschungsprojekts *Bett und Bad. Objekte und Räume therapeutischen Handelns im 19. und 20. Jahrhundert. Grundzüge einer materialen Psychiatriegeschichte*.

²⁸ Vgl. Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Band IV, Stuttgart, 1970, S. 262.

²⁹ Raphael, Lutz: Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft 22, Göttingen, 1996, S. 165-193. Zitiert in: Vgl. Roelcke: Psychiatrie um 1900. 2006, S. 78.

³⁰ Vgl. Roelcke: Psychiatrie um 1900. 2006, S. 79.

³¹ Vgl. Snell: Die zunehmende Häufigkeit der *Dementia paralytica*. 1888, S. 648.

³² Vgl. Bresler, Johannes: Die Bedeutung der Irrenstatistik. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Erster Jahrgang, Halle a. Saale, 1899/1900, S. 224-225, hier S. 224.

Es wurden vermehrt Lehrstühle für Psychiatrie eingerichtet und das Fach wurde 1901 erstmals als selbstständiges Pflicht- und Prüfungsfach in die Approbationsordnung für Ärzte mit eingebunden, welche 1906 in Kraft trat.³³

Bezeichnend für die Etablierung der Psychiatrie in der Wissenschaft war auch im Jahre 1903 die Umbenennung des 1864 gegründeten *Vereins der deutschen Irrenärzte* in *Deutscher Verein für Psychiatrie*.³⁴ Im weiteren Verlauf wurde 1917 die *Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie* in München gegründet, mit Abteilungen für Genealogie und Demographie sowie Histopathologie, Histotopographie, Serologie und experimentelle Psychologie.³⁵

Zum Aufstieg der Psychiatrie als ernstzunehmendes medizinisches Fach im Diskurs Mitte des 19. Jahrhunderts hatte erstmals ein wichtiger neuer Denkansatz geführt: die Annahme, jede psychische Erkrankung sei im Hirn als Anomalie lokalisierbar – also im Grunde eine Gehirnerkrankung.³⁶ Diese Idee vertrat öffentlich Wilhelm Griesinger. Er formulierte diese These, die auch Psychiater der folgenden Jahrzehnte noch beschäftigen sollte, unter anderem folgendermaßen:

*„Auch bei dem viel complicirteren Gehirn [im Vergleich zum Rückenmark L.F.] werden nur aus einer Localisirung seiner einzelnen Lebensacte die Vorgänge des normalen Lebens und seiner Abweichungen im Wahnsinn begriffen werden können, und da unsere Zeit hiervon noch weit entfernt ist, so können wir unsere Parallele einstweilen nur als einen das Aeussere an den Vorgängen ins Auge fassenden Beitrag anbieten, vorläufig aber versichern, dass ihre Consequenzen eben so wichtig für die Auflösung vieler Widersprüche, über welche die Psychiatrie bisher nicht hinauskam, als fruchtbar für die Entwicklung richtiger und mit der Erfahrung guter Beobachter harmonisierender Heilgrundsätze für den Wahnsinn seien.“*³⁷

³³ Vgl. Eulner: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer. 1970, S. 261, 262.

³⁴ Vgl. [Bericht über die] Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 60, Berlin, 1903, S. 905-931, hier S. 906.

³⁵ Vgl. Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. 2002, S. 119.

³⁶ Vgl. Wahrig-Schmidt, Bettina: Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie. Tübingen, 1985, S. 125-130.

³⁷ Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Erster Band. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen. Berlin, 1872, S. 47, 48.

Griesinger lag es daran, die Psychiatrie durch diese Verknüpfung von Psyche und Gehirn in der Naturwissenschaft zu etablieren.³⁸ Hierfür schlug er vor, die Gehirne verstorbener „Geisteskranker“ zu sezieren und auf diese Weise weitere pathologisch-anatomische Befunde zu finden, die seine These bestätigen würden.³⁹

Weiterhin grundlegend für die Etablierung der Psychiatrie als Naturwissenschaft war es, eine einheitliche Terminologie für Symptome und Krankheitsbilder festzulegen, besonders als Grundlage der statistischen Forschung und Epidemiologie. Diese wurde erstmals von Emil Kraepelin (1856-1926) und seiner Schule definiert.⁴⁰ Kraepelin legte mit seiner Neuformulierung der Psychiatrie den Grundstein für die wissenschaftliche Einteilung psychiatrischer Erkrankungen, weg von der „*babylonischen Sprachverwirrung*“⁴¹ der psychiatrischen Terminologie, wie von dem deutschen Psychiater Ewald Hecker (1843-1909) im Jahr 1877 als solche bezeichnet.⁴²

Wie schon Griesinger und naturwissenschaftlich geprägte Psychiater seiner Zeit, war auch Kraepelin der Meinung, eine psychiatrische Erkrankung müsse ein körperliches Korrelat aufweisen. Bei seiner Neuformulierung ging er also von der psychiatrischen Erkrankung als einem pathophysiologischen Phänomen aus und lehnte jegliche psychologischen und soziologischen Dimensionen ab:

„Die psychischen Erscheinungen sind nichts als „Functionen“ des Gehirns; psychische Störungen sind diffuse Erkrankungen der Hirnrinde.“⁴³

Wie in anderen medizinischen Fächern komme es auch in der Psychiatrie zu einer Kausalitätskette zwischen Krankheitsursache, pathologischem Korrelat und darauf folgender klinischer Symptomatik, in diesem Fall in Form psychiatrischer Symptome.⁴⁴ Er war der Ansicht, dieser somatische Bezug sei noch nicht zufriedenstellend durch führende Neuroanatomen wie Bernhard von Gudden (1824-1836) oder Theodor Meynert (1833–1892) in der zeitgenössischen neuroanatomischen und anatomischen

³⁸ Vgl. Wiesner, Alfons: Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger. Univ.-Diss. Düsseldorf, Emsdetten, 1936, S. 13,14.

³⁹ Vgl. Moses, Anett; Hirschmüller, Albrecht: Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Das ‚Asyl‘ unter Ludwig Binswanger sen. 1857-1880. Frankfurt am Main, 2004, S. 48.

⁴⁰ Vgl. Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. 2002, S. 110.

⁴¹ Hecker, Ewald: Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 33, Heft 5 und 6, Berlin, 1877, S. 602-620, hier S. 616-617.

⁴² Vgl. Roelcke: Psychiatrie um 1900. 2006, S. 82.

⁴³ Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig, 1887, S. 2.

⁴⁴ Vgl. Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. 2002, S. 114.

Forschung belegt worden.⁴⁵ Dies sei aber nötig, damit die Psychiatrie als weiteres naturwissenschaftliches Fach nicht den Anschluss an die anderen medizinischen Fächer verpasse.⁴⁶

Während Kraepelins Ansichten unter seinen Kollegen zunächst positiv aufgenommen wurden, nahm im zweiten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts die Kritik zu. Zu eindeutig war die Inhomogenität psychiatrischer Symptome bei gleicher Ursache.⁴⁷

Das PatientInnenklientel der psychiatrischen Anstalten um 1900 unterschied sich in vielerlei Hinsicht von dem heutigen. Neben psychisch Erkrankten mit auch heute noch gängigen Diagnosen wie Manie, Depressionen oder Suchterkrankungen wurden auch geistig Behinderte sowie Demente, an fortgeschrittener Syphilis und an Epilepsie Erkrankte eingewiesen. Die Psychiatrie umfasste also auch Bereiche, die heute von Alters- und Pflegeheimen bzw. anderen Fächern wie z.B. der Neurologie versorgt werden.

Durch die verschiedenen Diagnosen der Verstorbenen in den untersuchten Jahren lässt sich am Beispiel der HPA Herborn ein kleiner Einblick in dieses heterogene PatientInnenklientel der Psychiatrien zu der Zeit gewinnen.

2.3. Die Gründung der Heil-und Pflegeanstalt Herborn

Wie zuvor beschrieben, nahm der Bedarf an psychiatrischer Versorgung um 1900 deutlich zu. Die Anzahl behandlungsbedürftiger psychisch Erkrankter war im Kaiserreich von 40375 im Jahre 1877 auf 120872 im Jahr 1901 drastisch gestiegen.⁴⁸ Auf 10000 EinwohnerInnen kamen um 1900 15,8 psychiatrische PatientInnen, wohingegen es noch im Jahr 1880 nur 6,55 waren.⁴⁹

Die bereits bestehenden psychiatrischen Anstalten Nordhessens in Weilmünster und Eichberg sowie Haina, Merxhausen und Cappel bei Marburg konnten den stetigen

⁴⁵ Vgl. Roelcke, Volker: Unterwegs zu Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. In: Engstroem, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsgs): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. Basel, 2003, S. 169-188, hier S. 177.

⁴⁶ Vgl. Roelcke, Volker: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. 2002, S. 111, 112.

⁴⁷ Als Beispiel brachte hier der Freiburger Ordinarius Alfred Hoche 1912 den Verlauf der Progressiven Paralyse an, welche zwar wahrscheinlich auf eine Syphilisinfektion zurückgeführt werden könne, sich aber klinisch in ganz verschiedenen Verläufen manifestiere. Neben Hoche kritisierten auch Eugen Bleuler (1857-1939) und Karl Jaspers (1883-1969) Kraepelins Ansatz. Vgl. Roelcke: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. 2002, S. 113-115.

⁴⁸ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 36.

⁴⁹ Vgl. VKW 38 (1904), S. 418.

Zuwachs der Aufnahmen nicht kompensieren. Rechnungen des Jahres 1904 zufolge hätte die Erweiterung dieser bestehenden Anstalten lediglich den Bedarf der nächsten zehn Jahre bewältigen können.⁵⁰

Um sich diesen Gegebenheiten anpassen zu können und in Anlehnung an die Standards der Psychiatrie wurde im Jahr 1903 durch den Bezirksverband Wiesbaden ein Gesuch nach einem bebaubaren Grundstück ausgeschrieben, nachdem 1902 die Dringlichkeit einer neuen Psychiatrie formuliert worden war.⁵¹

Das gesuchte Grundstück sollte etwa 500 bis 600 Morgen (125 bis 150 Hektar) umfassen.⁵² Diese große Fläche wurde für nötig befunden, um den angestrebten modernen kolonialen Pavillonstil als Baukonzept zu realisieren.

„Nach diesen Beobachtungen und Ermittlungen, in Verbindung mit den damit im wesentlichen übereinstimmenden sachverständigen Äußerungen der 3 Anstaltsdirektoren, konnte es für den Landesausschuß nicht zweifelhaft sein, daß auch für den hiesigen Bezirk bei Errichtung einer neuen Irrenanstalt nur eine solche der beschriebenen kolonialen Art, soweit sich dies nach den besonderen landschaftlichen und Grundeigentumsverhältnissen des Bezirks als ausführbar erweist, in Frage kommen kann, weil sie allein nach den allgemein anerkannten Grundsätzen der neueren Psychiatrie in der vielseitigen, gesunden landwirtschaftlichen Beschäftigung die beste Gewähr für die Gesundung heilbarer Kranker und die Linderung der Leiden unheilbar Kranker bietet, der Bezirk aber für das Wohl seiner Kranken alle Errungenschaften der Wissenschaft sich nutzbar zu machen verpflichtet ist.“⁵³

Zudem mussten bestimmte Anforderungen erfüllt werden, wie eine Wasserversorgung und Bahnanbindung, bebaubares Land, aber auch Ackerfläche und Schulmöglichkeiten für die Arztkinder.

Neben Herborn konnten von 20 Gemeinden, die durch das Ausschreiben in die engere Auswahl gekommen waren, nur zwei weitere Orte, nämlich Hadamar und Montabaur, diese Bedingungen erfüllen. Erst durch die Zusicherung seitens der Herborner Gemeinde, ein neues Wasserwerk zu errichten, wurde die Entscheidung zu ihren Gunsten gefällt.⁵⁴

⁵⁰ Vgl. VKW 38 (1904), S. 430.

⁵¹ Vgl. ebd., S. 417.

⁵² Vgl. VKW 39 (1905), S. 476.

⁵³ Ebd., S. 438.

⁵⁴ Vgl. VKW 40 (1906), S. 471.

Zudem galt im Gegensatz zu Hadamar das Klima in Herborn als besonders geeignet („Er [der Platz in Herborn (L.F.)] *hat vorteilhaften Schutz gegen Winde*“⁵⁵), es bestand die vorausgesetzte gute Bahnanbindung⁵⁶ und die Bodenverhältnisse wurden, anders als in Montabaur, für günstiger befunden.⁵⁷

„Entsprechend dem Antrag seiner Kommission hält darnach der Landesausschuß, im Gegensatz zu den übrigen Plätzen, den von der Stadt Herborn angebotenen Platz unter den Bedingungen des Vertrages für durchaus geeignet zur Anlage der dritten Irrenanstalt“⁵⁸ und er hat, indem er die günstige hygienische Lage, sowie zu der allen Bedürfnissen Rechnung tragenden, verkehrsreichen Stadt, die gute Eisenbahnverbindung, die leichten Entwässerungsverhältnisse und den verhältnismäßig geringen Preis, sowie das Entgegenkommen der Stadt Herborn zu Grunde legte, dem von der Stadt Herborn genehmigten Vertragsentwurfe seine Zustimmung erteilt.“⁵⁹

Am 27. April 1906 beschloss der Kommunallandtag des Regierungsbezirks Wiesbaden den Bau der neuen "Irrenanstalt".⁶⁰ Das letztlich durch die Stadt Herborn teilweise sogar kostenlos abgegebene Grundstück betrug 520 Morgen (130 Hektar)⁶¹ und erstreckte sich südlich der Stadt Herborn an den Ausläufern des Westerwaldes.⁶²

Im Frühling 1908 begannen endlich die Bauarbeiten nach dem Entwurf der Berliner Architekten Heino Schmieden und Julius Boethke, die vor allem im Bereich des Krankenhausbaus schon weitreichende Erfahrungen gesammelt hatten.⁶³ Sie orientierten sich nach den neuen Anforderungen an einem sogenannten „Werkbau“. Ziel sei es hierbei, wie Boethke in einem 1917 veröffentlichten Aufsatz erläuterte, neben der Zweckmäßigkeit des Gebäudes auch „*der Gesamterscheinung einen malerischen*

⁵⁵ Vgl. VKW 40 (1906), S. 467.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 468.

⁵⁷ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 38.

⁵⁸ Eigentlich der vierten neben Weilmünster (eröffnet 1897), Eichberg (eröffnet 1903) und Hadamar (eröffnet 1906). Vgl. ebd., S. 55.

⁵⁹ VKW 40 (1906), S. 468.

⁶⁰ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 36.

⁶¹ Vgl. VKW 47 (1913), S. 445.

⁶² Vgl. Vanja, Christina: Von der herzoglichen Irrenanstalt zum modernen Gesundheitskonzern. Die Geschichte der nassauischen Psychiatrie. In: Weltsicht und regionale Perspektive. Wiesbaden, 2012, S. 603-634, hier S. 609.

⁶³ Vgl. VKW 41 (1907), S. 503.

Ausdruck zu geben [...].⁶⁴ Hierbei solle vor allem beim Bau einer Psychiatrie „alles Gefängnisartige vermieden werden.“⁶⁵ Die Architektur war „schlicht, ohne dekorative Zutaten; schon deshalb, weil hierfür die Mittel fehlen“⁶⁶.

Die Bauleitung übernahm der Baumeister Otto Müller aus Berlin, der zuvor auch den Neubau des städtischen Krankenhauses zu Charlottenburg geleitet hatte.⁶⁷ Der Bau war günstiger als zunächst angenommen, sodass der Etat von 6,7 Millionen Mark nicht überschritten werden musste.⁶⁸

Schon im Frühjahr 1911 konnte die HPA Herborn wie geplant vom Bezirksverband Wiesbaden eröffnet werden. In der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift aus dem Jahr 1911 wurde die Eröffnung einer Anstalt angekündigt, „die zu den größten preußischen Anstalten gehört und allen psychiatrischen Anforderungen der Neuzeit in vollkommener Weise entsprechen wird.“⁶⁹

Die ersten Patienten und Patientinnen wurden im Juni aufgenommen⁷⁰ und das Leichenhaus mit Kapelle wurde im Juli 1911 fertiggestellt und in Benutzung genommen.⁷¹ Fertiggestellt wurde der Bau erst im schon laufenden Betrieb bis 1914.⁷² Das Pflegepersonal, welches wegen Personalmangels aus weiteren Teilen Deutschlands wie Bayern und Baden-Württemberg stammte,⁷³ musste daher zu Beginn gemeinsam mit den Erkrankten in deren Schlafsälen übernachten.⁷⁴

⁶⁴ Boethke, Julius: Das neuzeitliche Krankenhaus im Dienst des ‚Werkbaues‘ In: Deutsche Bauzeitung, Jahrgang 51, Berlin, 29. August 1917, S. 345-347, hier S. 347.

⁶⁵ VKW 41 (1907), S. 507. Weiterhin führt Julius Boethke bezüglich des Krankenhausbaus aus: „Der Krankenhausbau ist ein sehr vielseitiges Gebiet. Ein größeres Krankenhaus ist eine Stadt für sich mit den verschiedensten Arten von Einzelbaulichkeiten. Unter ihnen befinden sich auch solche die man als Werkbauten bezeichnen könnte, wenn sie für sich selbst beständen.“ Boethke: Das neuzeitliche Krankenhaus. 1917, S. 347.

⁶⁶ unbek. Autor: Der Neubau der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt bei Herborn. In: Deutsche Bauzeitung. Organ des Verbandes deutscher Architekten- u. Ingenieur-Vereine, XLII. Jahrgang, 2. Halbband, Juli-Dezember 1908, Berlin, S. 525-526, 533-535, 545-547, hier S. 547.

⁶⁷ Vgl. VKW 42 (1908), S. 492.

⁶⁸ Vgl. VKW 45 (1911), S. 22.

⁶⁹ Mitteilungen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 1, 1. Halle a. Saale, April 1911, S. 7-8, hier S. 7.

⁷⁰ Vgl. VKW 46 (1912), S. 659.

⁷¹ Vgl. ebd.

⁷² Vgl. VKW 49 (1915), S. 429.

⁷³ Vgl. VKW 47 (1913), S. 446.

⁷⁴ Vgl. Neuhaus, Walter: Erinnerungen an die Psychiatrie von damals. In: 70 Jahre Psychiatrisches Krankenhaus Herborn. Eine Einrichtung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 1911-1981. Herborn, 1981, S. 13.

Der Direktor der Klinik, Dr. Richard Snell, und sein erster Oberarzt, Dr. Fritz Erk, bekamen jeweils im März und April 1911 eine freie Familienwohnung mit elektrischer Beleuchtung und Garten gestellt sowie ein Gehalt von 6500 und 5200 Mark ausgezahlt.⁷⁵

Bereits im Jahr 1914 (dem 1000-jährigen Jubiläum der Stadt Herborn) konnten 445 Patienten und Patientinnen von 136 Pflegekräften und vier Ärzten betreut werden.⁷⁶

2.4. Aufbau der Klinik

Die Klinik wurde nahe der Stadt Herborn erbaut und war über die Eisenbahnlinie zwischen Köln und Gießen erreichbar.

Der Aufbau der Anstalt wurde zwar im neuen offenen Pavillonstil gehalten (siehe auch Anhang Nr. 1 und 2), hielt sich aber auch an traditionelle Vorschriften, wie beispielsweise die Geschlechtertrennung und die Aufteilung der Untergebrachten nach Schwere- und Erregungsgrad ihrer Erkrankung. Das Grundstück wurde durch eine zentrale Achse, einem „neutralen Streifen“, in eine Männer- und einen Frauen-Abteilung getrennt.

Neuaufnahmen sollten zunächst in 4 Aufnahmegebäuden mit je 40 Betten (je 2 für Männer und 2 für Frauen) untergebracht werden:

„Diese Station ist nicht etwa nur für einen flüchtigen Aufenthalt der Kranken bestimmt, vielmehr verweilen letztere hier oft wochenlang und noch länger. Ein großer Teil der hier Untergebrachten befindet sich im Bett, weil [...] Bettruhe eines der besten Mittel zur Beruhigung ist. [...] Alle werden auf das sorgfältigste beobachtet, um ihre Natur und die Krankheitsform festzustellen.“⁷⁷

Im Erdgeschoss dieser Gebäude wurden *„die neu aufgenommenen Kranken untersucht, gereinigt, mit Anstaltskleidung versehen und dann auf die Station gebracht.“⁷⁸*

⁷⁵ Vgl. VKW 45 (1911), S. 202, 203.

⁷⁶ Vgl. Vanja, Christina: Einleitung. In: 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, 2011, S. 21-35, hier S. 21.

⁷⁷ unbek. Autor: Neubau der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt bei Herborn. 1908, S. 526.

⁷⁸ Ebd., S. 546.

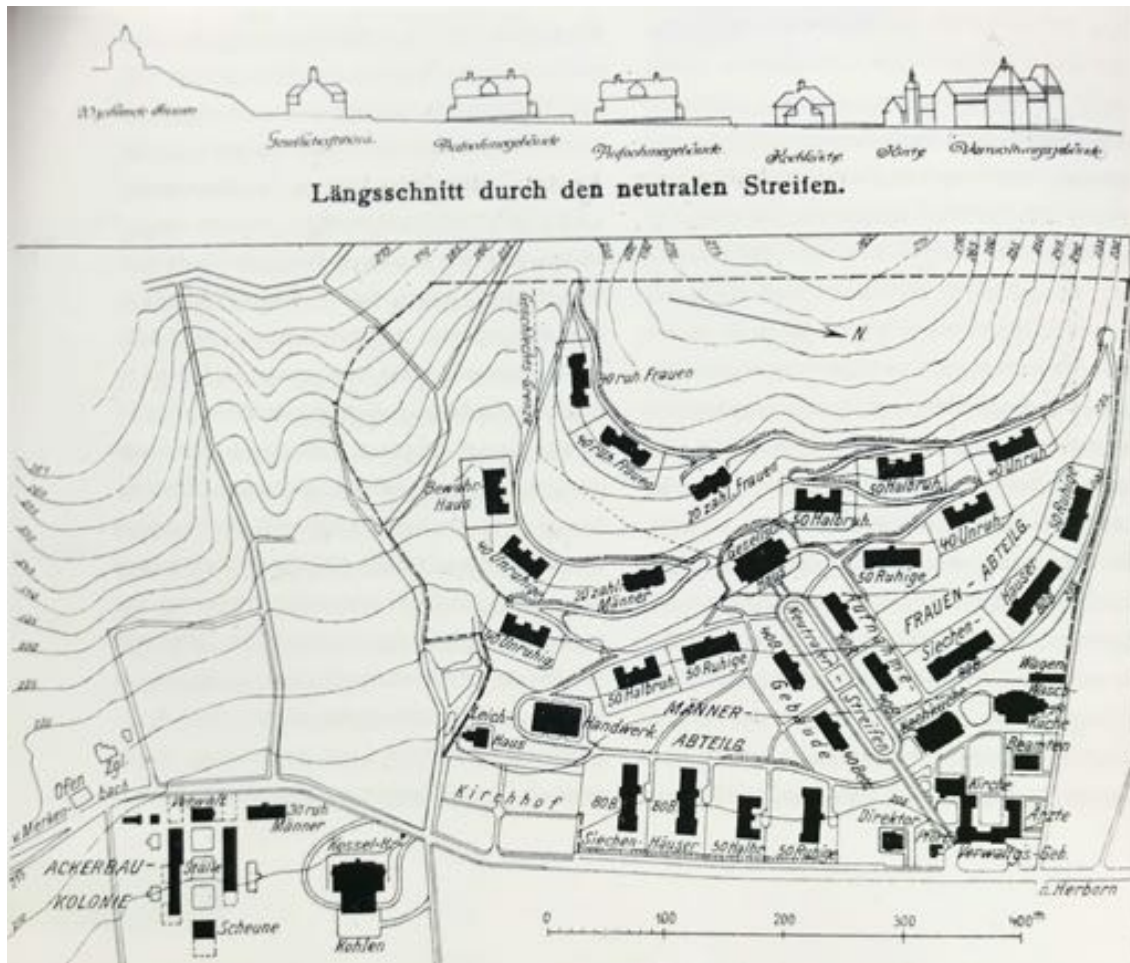


Bild 1: Entwurf des Lageplans der HPA Herborn mit Längsschnitt durch den „neutralen Streifen“ (Deutsche Bauzeitung 1908)

Zudem geplant wurden Pavillons für Ruhige, für Halbruhige (2 für Männer und 2 für Frauen mit je 50 Betten), für Unruhige (2 für Männer und 2 für Frauen mit je 40 Betten), und Siechenhäuser mit 80 Betten (je 2 für Männer und 2 für Frauen und mit nur kleinerem Tagesraum, da hier „fast nur körperlich Gebrechliche und Bettlägerige“⁷⁹ untergebracht werden würden) sowie Villen für zahlende Kranke⁸⁰ (je eine für Männer und eine für Frauen mit jeweils 20 Betten).⁸¹ Alle Gebäude waren zweistöckig geplant

⁷⁹ unbek. Autor: Neubau der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt bei Herborn. 1908, Berlin, S. 534.

⁸⁰ „In den Gebäuden für Zahrende sind Patienten aus den anspruchsvolleren Kreisen untergebracht. Auf diesen Umstand muß der Architekt naturgemäß Rücksicht nehmen bei der Auswahl des Bauplatzes, bei der Grundrißgestaltung und bei dem Aufbau, sowie bei der Innenausstattung. Diese Gebäude sind also Pensions-Gebäuden zu vergleichen, mit der Maßgabe, daß alle für die moderne Irrenpflege notwendigen baulichen Vorkehrungen getroffen sind.“ Ebd., S. 534.

⁸¹ Ebd., S. 533-534.

„mit ausgebautem Dachgeschoß und Unterkellerung“.⁸² Weitere Gebäude, die „zu einer modernen Irrenanstalt gehören“⁸³, waren

*„die Gebäude für die ärztliche und die Bureauverwaltung, ferner die Wohngebäude für den ärztlichen Direktor, für die Verwaltungsbeamten, für die Oberwärter (Assistenzärzte und Wärter wohnen fast immer auf den Stationen), die Gebäude für die Kochküche und Waschküche, ein Gesellschaftshaus, [...] ein Handwerkshaus für Tischler, Schneider, Schuster, Tapezierer usw. und ein kleines Leichenhaus.“*⁸⁴

Außerdem wurden ein kirchlicher Raum und ein anstaltseigener Friedhof eingerichtet.⁸⁵ Das gesamte Grundstück der Klinik teilte sich in 200 Morgen Ackerland, 100 Morgen Wiesen, 100 Morgen Wald, 50 Morgen Heideland und 70 Morgen bebaute Fläche. Die Infrastruktur der Anstalt war vorerst auf die Unterbringung von bis zu 670 Erkrankten ausgelegt, jedoch mit Möglichkeit der Erweiterung auf bis zu 1250.⁸⁶

2.4.1. Der Nutzen der Therapie

Im Vordergrund des Klinikalltags stand die neuartige und auch schon in weiteren Kliniken verbreitete Arbeitstherapie.⁸⁷ Ihre Grundidee war, alle Erkrankten, die im Stande waren körperlich zu arbeiten, in die verschiedenen Bereiche der Klinik-Infrastruktur einzubinden. Dies beinhaltete neben landwirtschaftlichen Tätigkeiten auch beispielsweise die Arbeit in den Waschküchen (siehe Anhang Nr. 3). Auch gelernten Berufen wie Schuster oder Schreiner (siehe Anhang Nr. 4 und 5) konnte weiter nachgegangen werden.⁸⁸ Diese Therapieform hatte nicht nur einen krankheitsbehandelnden Ansatz, sondern half der Klinik beim Selbsterhalt.⁸⁹ Die

⁸² Vgl. unbek. Autor: Neubau der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt bei Herborn. 1908, Berlin, S. 534.

⁸³ Ebd., S. 535.

⁸⁴ Ebd.

⁸⁵ Vgl. ebd.

⁸⁶ Vgl. Snell, Richard: Die Landesheil- und Pflegeanstalt zu Herborn. In: Bresler, Johannes (Hg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. 2. Band, Halle, 1912, S. 175.

⁸⁷ Vgl. Söhner, Felicitas: Arbeit in der Psychiatrie im Ersten Weltkrieg – zwischen Therapie und Ökonomie. In: Becker, Thomas; Fangerau, Heiner; Fassl, Peter; Hofer, Hans-Georg (Hg.): Psychiatrie im Ersten Weltkrieg. Konstanz, 2018, S. 163-186, hier S. 179, 180.

⁸⁸ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 43.

⁸⁹ Dr. Snell beschreibt hierzu in VKW 48 (1914), S. 444: „Größter Wert wurde auf die Beschäftigung der Kranken gelegt. Wer irgend arbeitsfähig ist, wird zu einer Tätigkeit heranzuziehen gesucht. Außer der Hausarbeit, der Koch- und Waschküche wurde die Ökonomie und Gärtnerei zu Beschäftigung benutzt. Auch Frauen wurden zum Kartoffelsetzen, Unkrautjäten und anderen Tätigkeiten im Freien herangezogen,

erarbeiteten Erträge waren genau einkalkuliert, um die Versorgung der Kranken und Angestellten zu gewährleisten sowie Überschüssiges an weitere Institutionen abzugeben. Es konnten nur Personen an der Arbeitstherapie teilnehmen, die nicht zu unruhig waren und wenig körperliche Beschwerden hatten.⁹⁰

Der Klinikdirektor Dr. Snell beschreibt jedoch, wie schwierig sich die Eingliederung mancher Kranker gestaltete, da nach Gründung der neuen Klinik vor allem Schwerkranke aus zuweisenden Häusern nach Herborn geschickt worden waren. Seitens der Frankfurter *Städtischen und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankte*⁹¹ wurden vor allem als „ungeheilt“ Entlassene nach Herborn verlegt. Diese waren weder körperlich noch psychisch in der Lage, körperliche Arbeit zu verrichten⁹² und ließen die HPA Herborn eher zu einer Versorgungsanstalt bzw. zu einer Detentionsanstalt werden.⁹³

*„Das Krankenmaterial bestand bis zum Schlusse des Eröffnungsjahres noch vorwiegend aus den Zuführungen anderer Anstalten. [Es wurden (L.F.)] viele erregte oder schwer sieche Patienten hierher überführt [...], so ist es verständlich, daß hiesiges Krankenmaterial zu wünschen übrig läßt.“*⁹⁴

In den Kriegsjahren kam es zu einer Knappheit an Materialien, sodass die Therapieform in manchen Bereichen sparsamer angewendet wurde:

*„Die Knappheit an Wolle, Garn usw. gestattet uns nicht mehr den Luxus, die Kranken um jeden Preis zu beschäftigen, auch wenn ihre Arbeit nichts taugt oder sie gar mit Vorliebe Sabotage treiben. Die jetzt gebotene Sparsamkeit schreibt uns vor, nur diejenigen Kranken noch an den Arbeitstisch zu führen, die dem Aufwand von Rohmaterialien entsprechende Leistungen aufweisen.“*⁹⁵

Neben der Arbeitstherapie wurden bei der Behandlung der Erkrankten in der HPA Herborn auch weitere moderne Anschauungen der Zeit einbezogen. So standen

jedoch blieben nur die aus ländlichen Verhältnissen stammenden Frauen dauernd bei dieser Arbeit, die auf das Befinden außerordentlich günstig einwirkte.“

⁹⁰ Dr. Snell in VKW 49 (1915), S. 431: „Leider ist ein großer Teil der Kranken teils wegen bestehender heftiger Erregung, teils wegen körperlicher Hinfälligkeit nicht im Stande, des Segens der Arbeitstherapie teilhaftig zu werden.“

⁹¹ Die ehemals seit 1834 *Anstalt für Irre und Epileptische* genannte Klinik in Frankfurt gelangte 1914 im Zuge der Gründung der Frankfurter Universität als Stiftung der Frankfurter Bürger zu den Universitätseinrichtungen und wurde in *Städtische und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkrankte* umbenannt.

⁹² Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 42.

⁹³ Vgl. Vanja: Arbeitstherapie. 2011, S. 73, 91.

⁹⁴ VKW 47 (1913), S. 446.

⁹⁵ Becker, Werner: Die Wirkung des Krieges auf unsere Geisteskranken. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 61, Heft 1, August 1919, Berlin, 1920, S. 1-11, hier S. 5.

therapeutisch Bettruhe, Bäder und medikamentöse Therapie zur Ruhigstellung Unruhiger im Vordergrund und jegliche Zwangsmaßnahmen wurden vermieden.⁹⁶

2.4.2. Familienpflege

Spätestens seit dem ersten „Internationalen Kongress für Irrenfürsorge“, der im September 1902 in Antwerpen stattfand, wurde zunehmend die Familienpflege für psychiatrische Patienten und Patientinnen im Kaiserreich eingeführt.⁹⁷ Ruhige und umgängliche Erkrankte wurden in umliegend der Klinik lebenden Familien untergebracht, welche für eine solche Übernahme finanziell vergütet wurden.⁹⁸

Bezüglich der Einführung der Familienpflege in Dresden heißt es beispielsweise in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift von 1904:

„Gefordert wird, dass gegen das vereinbarte Pflegegeld die Pfleglinge in Kost, Wohnung, Heizung, Beleuchtung, Reinigung und kleineren Ausbesserungen an der Kleidung, Wäsche u.s.w. vollständig unterhalten werden, dass die am Familienleben im Hause, wie bei gemeinschaftlichen Erholungen, insbesondere auch uneingeschränkt am Familientische teilnehmen dürfen, und dass ihnen ein genügend grosser, möglichst gesonderter Schlafräum gewährt, sie auch zu geeigneter nützlicher Beschäftigung angehalten werden.“⁹⁹

Diese „geeignete nützliche Beschäftigung“ stand letztlich jedoch weiter im Vordergrund als die eigentliche Pflege. Die Familienpflege wurde gerade von Familien genutzt, die günstige Arbeitskräfte für Haus und Hof benötigten.¹⁰⁰ Oft handelte es sich hierbei, auch im Herborner Umkreis, um Familien von Pflegern und Pflegerinnen.¹⁰¹ Die Familienpfleglinge selbst galten weiterhin der Anstalt zugehörig und wurden von den

⁹⁶ Vgl. Snell: Die Landesheil- und Pflegeanstalt zu Herborn. 1912, S. 175.

⁹⁷ Vgl. Wickel, C.: Die Familienpflege Geisteskranker in Gardelegen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 13, 25. Juni 1904, Halle a. Saale, S. 117-119, hier S. 117.

⁹⁸ Vgl. Roemer, H.; Kolb, G.; Faltenhauser, V.: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Ein Ratgeber für Ärzte, Sozialhygieniker, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte sowie Organe der öffentlichen und privaten Fürsorge. Berlin/Heidelberg, 1927, S. 352.

⁹⁹ Mitteilungen – Fortschritte der Familienpflege Geisteskranker. In: Psychiatrisch neurologische Wochenschrift Nr. 26, 24. September 1904, Halle a. Saale, 1904, S. 245-246. hier S. 245.

¹⁰⁰ Vgl. Ankele, Monika: „Familienpflege“ und „aktivere Krankenbehandlung“: Alltagsgeschichtliche Perspektiven auf das Konzept von Arbeit als Therapie in der Psychiatrie der 1920er Jahre. Ein Forschungsbericht. In: Schwach, Rebecca; Sammet, Kai (Hg.): Forschen - Vermitteln - Bewahren. Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und das Medizinhistorische Museum Hamburg. Berlin-Münster-Wien-Zürich-London, 2019, S. 59-73, hier S. 62.

¹⁰¹ Vgl. Vanja: Arbeitstherapie. 2011, S. 89.

Psychiatern betreut.¹⁰² Diese Praxis galt als geeigneter Übergang vom Leben in der Anstalt zum eigenständigen Leben außerhalb bis hin zu einer offenen Fürsorge im Sinne einer ambulanten psychiatrischen Betreuung nach Entlassung aus einer psychiatrischen Anstalt.¹⁰³ Die Familienpflege war auch günstiger als ein Aufenthalt in der Anstalt.¹⁰⁴ In der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift von 1905 heißt es gar:

*„Dahingegen bietet die Verpflegung in der Familie den Pfleglingen grössere Möglichkeit einer Berücksichtigung ihrer Eigenart gegenüber den mehr gleichartigen nivellierenden Bedingungen des Anstaltslebens. Sie haben zudem in der Familie vielfach mehr Anregung, leben naturgemässer und in Verhältnissen, die ihrer ursprünglichen Lebensweise weit mehr angepasst sind. Es lässt sich das eben nur in einer fremden Familie ermöglichen, nicht in der eigenen. In dieser wirken wieder alle jene Schädlichkeiten auf sie ein, die zuerst ihre Verbindung in die Anstalt nöthig (sic) machten, während dieselben in fremder Familie fortfallen; dazu kommt dann noch, dass sie hier dauernd unter ärztlicher Aufsicht stehen.“*¹⁰⁵

Zusätzlich wird hier auch davon berichtet, dass manche Kliniken die Familienpflege einführten, um eine Überfüllung der Kapazitäten zu umgehen.¹⁰⁶

Während des Ersten Weltkriegs ging die Praxis der Familienpflege im Deutschen Reich deutlich zurück.¹⁰⁷ Der Hauptgrund hierfür war die Hungersnot, wodurch die Pflegefamilien nicht mehr in der Lage waren, die Pfleglinge mit Nahrung zu versorgen. Erst ab 1923 stieg die Familienpflege in der Weimarer Republik wieder als gängige Praxis an.¹⁰⁸ Gerade in dieser Zeit, nach Gründung des Sozialstaats, stiegen die Anforderungen an die Arbeitskraft der „Familienpfleglinge“ durch die aufnehmenden Familien weiter an. Tatsächlich Pflegebedürftige wurden zunehmend abgelehnt. Jedoch wurden die Arbeitsfähigen auch für den klinikinternen „arbeitstherapeutischen“ Betrieb benötigt,

¹⁰² Vgl. Vanja: Arbeitstherapie. 2011, S. 89.

¹⁰³ Vgl. Roemer, Kolb, Faltenhauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie, 1927, S. 3-4.

¹⁰⁴ Vgl. Deiters: Dritter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Nach den Anstaltsjahresberichten erstattet. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 41, Halle a. Saale, 7. Januar 1905, S. 397-403, 409-414, 424-429, hier S. 398.

¹⁰⁵ Deiters: Dritter Bericht. 1905, S. 398.

¹⁰⁶ Vgl. ebd.

¹⁰⁷ Vgl. Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München, 2006, S. 284.

¹⁰⁸ Vgl. Schmidt-Michel, Paul-Otto: Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien. In: Becker, T.; Bäuml, J.; Ptischerl-Walz, G.; Weig, W. (Hrsg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln, 2007, S. 175-186, hier S. 177.

was das gesamte Konzept verkomplizierte.¹⁰⁹ Gleichzeitig traf dieses Konzept der günstigen Arbeitskraft in Zeiten der Wirtschaftskrise mit einer ausgedehnten Arbeitslosigkeit auf zunehmende Kritik.¹¹⁰

Genauere Angaben zur Familienpflege speziell in Herborn sind nur wenige bekannt – gängige Praxis scheint sie jedoch gewesen zu sein. In der Liste *Krankenbewegung* wird ab dem Jahr 1927 dokumentiert, dass sich Herborner Patienten und Patientinnen in Familienpflege aufhielten. Die letzte Eintragung hierzu findet sich im Jahr 1942. Die meisten Pfleglinge scheinen im Jahr 1931 in Familienpflege gelebt zu haben.

Tabelle 1: Anzahl von Familienpfleglingen der HPA Herborn 1927-1942

Jahr	Anzahl von Familienpfleglingen
1927	34
1928	43
1929	50
1930	67
1931	80
1932	-
1933	57
1934	58
1935	-
1936	-
1937	-
1938	12
1939	-
1940	11
1941	-
1942	14

¹⁰⁹ Vgl. Ankele: Familienpflege. 2019, S. 63.

¹¹⁰ Vgl. ebd., S. 71.

Bei Durchsicht der weiteren untersuchten Materialien dieser Arbeit zeichnet sich ab, dass vereinzelt Familienpfleglinge verstarben. Hierzu wird in der Auswertung der betreffenden Jahre noch weiteres erläutert werden.

2.4.3. Das Personal

Im Jahr 1912 arbeiteten 72 Pflegekräfte für 209 Kranke in der HPA in Herborn. 1916 waren es 134 für 538.¹¹¹

Als ärztliches Personal arbeiteten von Beginn an der Direktor Dr. Snell sowie die Oberärzte Dr. Erk und anfangs noch Dr. Altvater in der Klinik.¹¹² Im zweiten Jahr stieß der Assistenzarzt Dr. Paul Schiese dazu, welcher 1932 auch der Nachfolger Snells als Klinikdirektor werden sollte.¹¹³ Zu Beginn des Jahres 1914 kam noch Dr. Werner Becker¹¹⁴ (1874-1952) als weiterer Oberarzt hinzu, welcher zuvor in Weilmünster tätig gewesen war.¹¹⁵

Die Beschäftigung von Personal war von Beginn an problematisch. Dies sei auch auf das „schwierige“ PatientInnenklientel zurückzuführen, wie Dr. Snell besonders bezüglich des Jahres 1913 betont:

„Leider ist der Wechsel des Pflegepersonals noch immer recht stark, zum Teil ist er zweifellos auf die außergewöhnliche Anhäufung von gewalttätigen und erregten Kranken zurückzuführen.“

Denn:

„Besonders auf der Frauenseite ist das Personal [gemeint ist a.e. das weibliche Personal, L.F.] fortdauernd Angriffen und Tötlichkeiten der erregten Kranken ausgesetzt, die Zerstörungen von Inventargegenständen überschreiten bei weitem das bei anderen Irrenanstalten mit gleicher Kopfzahl gewöhnliche Maß, obgleich der Verbrauch von Beruhigungsmitteln ein außerordentlich hoher ist.“¹¹⁶

¹¹¹ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 44.

¹¹² Vgl. ebd., S. 41, 44.

¹¹³ Vgl. Eller, Peter: Richard Snell, der erste Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herborn. In: Vanja, Christina: 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, 2011, S. 62-71, hier S. 68.

¹¹⁴ Die mit Abstand meisten Publikationen finden sich im Vergleich zu den anderen in der HPA Herborn tätigen Ärzten von Dr. Werner Becker, auch schon aus seinen weilmünsterer Zeiten bis kurz vor seinem Tod in den 50er Jahren. Er publizierte verschiedenste Fachartikel, aber auch vereinzelte Fachbücher (siehe Anhang).

¹¹⁵ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 44, 46.

¹¹⁶ VKW 49 (1915), S. 431.

2.4.4. Der Anstaltsdirektor Dr. Snell – biographische Skizze

Dr. Richard Snell, geboren am 16. März 1867 in Hildesheim, stammte aus einer Psychiaterfamilie. Schon sein Vater Ludwig Snell (1817-1892) hatte sich als Psychiater einen Namen gemacht¹¹⁷ und war unter anderem Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg.¹¹⁸ Auch sein Bruder Otto Snell wählte erfolgreich den Beruf des Psychiaters.¹¹⁹ Richard Snell studierte nach Abschluss seines Abiturs 1886 Medizin in Freiburg, Kiel und Rostock und promovierte 1891 direkt nach Erlangen seiner Approbation zur *Wirkung des Kokain als Lokalanästhetikum*. Anschließend studierte er in Lausanne und Genf Psychiatrie. Nach einigen Jahren als Hilfsarzt in Hildesheim, Assistenzarzt in Suderode im Harz, Schiffsarzt auf einem Überseedampfer und weiteren kürzeren ärztlichen Anstellungen ging er schließlich 1899 nach Osnabrück, wo er als Oberarzt in der Provinzialirrenanstalt eingestellt wurde. Dort lernte er Käthe Hurtzig kennen, eine Schwägerin des Direktors der Provinzialirrenanstalt, die er im Mai 1900 heiratete. Er verbrachte daraufhin einige Jahre als Oberarzt in einer psychiatrischen Einrichtung in Hildesheim, ehe er 1906 zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eichberg ernannt wurde.

Neben der Landesheil- und Pflegeanstalt in Eichberg gab es zu der Zeit im Regierungsbezirk Wiesbaden lediglich noch die Anstalt in Weilmünster und beide waren stets stark überbelegt. Daher engagierte sich Snell als Mitglied einer Kommission, die sich für den Bau einer neuen Anstalt in Herborn einsetzte.¹²⁰

Nach Fertigstellung der neuen HPA in Herborn wurde Snell ab März 1911 deren erster Direktor. Wie schon als Direktor in der Landesheil- und Pflegeanstalt in Eichberg setzte er therapeutisch Bettbehandlung, Beruhigungsmittel und Dauerbäder, aber auch Arbeitstherapie und Freizeitgestaltung ein und lehnte Zwangsmaßnahmen

¹¹⁷ 1865 hielt dieser einen Vortrag vor der psychiatrischen Sektion der Naturforscherversammlung in Hannover mit dem Titel „Über Monomanie als primäre Form der Seelenstörung“ und schuf die Voraussetzung, dass die primäre Verrücktheit als diagnostische Kategorie akzeptiert wurde. Vgl. Arenz, Dirk: Dämonen, Wahn, Psychose. Exkursionen durch die Psychiatriegeschichte. Köln, 2003, S. 159, 160. Weiterhin formulierte er wissenschaftlich bedeutende Beiträge zur Katatonieforschung. Vgl. Seidel, Michael: Ludwig Snell/Hildesheim und sein wenig bekannter Beitrag zur Katatonieforschung. In: Nissen, G.; Badura, F.: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Band 2, Würzburg, 1997, S. 409-416.

¹¹⁸ Vgl. Kirchhoff, Theodor: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Erster Band, Berlin, 1921, S. 260.

¹¹⁹ Vgl. Eller: Richard Snell. 2011, S. 62.

¹²⁰ Vgl. VKW 40 (1906), S. 464.

weitestgehend ab.¹²¹ Als wesentliche Ursachen psychiatrischer Leiden sah er vor allem eine erbliche Belastung, aber auch, wie viele seiner Kollegen zu der Zeit, den weit verbreiteten Alkoholmissbrauch.¹²²

Richard Snell blieb bis Ende März 1932 Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herborn und wurde aufgrund der erreichten Altersgrenze von 65 Jahren in den Ruhestand versetzt. Für seine letzten beiden Lebensjahre zog er, kürzlich verwitwet, nach Wiesbaden. Am 20. November 1934 starb er und wurde neben seiner Frau auf dem anstaltseigenen Friedhof in Herborn beigesetzt.¹²³

2.5. Der Erste Weltkrieg in den psychiatrischen Anstalten des deutschen Reichs

Im August 1914 trat das Deutsche Reich in den Krieg ein. Zwar war die Jahre zuvor gründlich das Militär aufgerüstet worden, im Falle eines Krieges wurde aber mit einem Sieg nach schon etwa einem Jahr gerechnet – also war wirtschaftlich nicht länger vorausgeplant worden.¹²⁴ Daher sollte es bald zu einer sich stetig verschlechternden Versorgungssituation der Zivilbevölkerung kommen. Erschwerend kam außerdem hinzu, dass beide Kriegsparteien schon bald versuchten, den jeweiligen Gegner möglichst „auszuhungern“. Diese Hungerblockade zeigte ab 1916 im Deutschen Reich ihre volle Wirkung.¹²⁵ Da jegliche ökonomischen und gesellschaftlichen Reserven für den Krieg verwendet wurden, kam kaum noch etwas bei der Bevölkerung an. Besonders betroffen von dem Nahrungsmangel waren neben der Bevölkerung auch alle Insassen geschlossener Anstalten bzw. „totaler Institutionen“¹²⁶ im gesamten Deutschen Reich (neben Heil- und Pflegeanstalten auch Gefängnisse und Armenhäuser), da sie hier komplett auf die Organisation der Nahrungszufuhr angewiesen waren oder Selbstproduziertes abgegeben werden musste.¹²⁷

¹²¹ Vgl. Eller: Richard Snell. 2011, S. 66, 67.

¹²² Vgl. VKW 44 (1910), S. 350.

¹²³ Vgl. Eller: Richard Snell. 2011, S. 68.

¹²⁴ Vgl. Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau, 1998, S. 25.

¹²⁵ Vgl. ebd., S. 28.

¹²⁶ Ein vom kanadischen Soziologen Erving Goffman (1922-1982) im Jahr 1961 geprägter Begriff, der Einrichtungen bezeichnet, in denen Menschen von der Gesellschaft abgeschottet leben. Hier müsse nach den Regeln der Institution gelebt und alles Private oder Intime abgelegt werden. Vgl. ebd., S. 29.

¹²⁷ Vgl. Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. Paderborn, 1996, S. 155.

Die Sterberaten in den psychiatrischen Anstalten infolge von Mangelernährung (z.B. die auf Hunger folgende Immunschwäche, welche eine Ausbreitung von Tuberkulose und anderen Infektionskrankheiten begünstigte) stiegen drastisch an. Besonders im ersten Halbjahr des Jahres 1917, nach dem „Steckrübenwinter“ 1916/1917, kam es zum deutlichsten Anstieg der Todesfälle auf teilweise das Vierfache im Vergleich zu den Friedensjahren.¹²⁸ Schätzungen zufolge verstarben während des 1. Weltkriegs in psychiatrischen Anstalten im Deutschen Reich etwa 70000 Personen.¹²⁹ Es lag an der Klinikleitung, sich für eine Verteilung der Essensvorräte zugunsten ihrer Schützlinge einzusetzen. Doch die meisten Direktoren nahmen den Tod ihrer Kranken aus „patriotischen“ Gründen hin.¹³⁰ Es bleibt zu vermuten, dass diese unterlassene Hilfeleistung auch eine Maßnahme gewesen sein könnte, die Kranken bewusst sterben zu lassen und damit den eugenischen Ideen der Zeit nachzugeben, denn letztlich war sie die erste Entwertung des Lebensrechts psychisch Erkrankter im 20. Jahrhundert¹³¹, oder, um es mit den Worten des Psychiaters Karl Bonhoeffer (1868-1948) zu formulieren, eine „Wandlung des Humanitätsbegriffs“¹³².

¹²⁸ Vgl. Walter: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. 1996, S. 155.

¹²⁹ Vgl. Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. 1998, S. 25, 57. Faulstich zitiert auf S. 57 den preußischen Anstaltsarzt Knust, der in der *Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift* vom 26. April 1919 schreibt: „Ein trauriges Opfer der Unterernährung ist ein großer Teil der Geisteskranken geworden. Grippe und Tuberkulose haben erschreckend unter ihnen aufgeräumt, so daß mancherorts nur noch die Hälfte des Bestandes des letzten Friedensjahres am Leben ist. Von den Überlebenden sind viele von der Tuberkulose ergriffen. Auch diese werden in Kürze dahinsiechen.“ Vgl. Knust, W.: Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden? In: *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift* Nr. 3/4, Halle a. S., 26. April 1919, S. 15-17, hier S. 15.

¹³⁰ Vgl. Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. 1998, S. 68.

¹³¹ Vgl. Blasius: Einfache Seelenstörung. 1994, S. 135.

¹³² Bonhoeffer, Karl: Eröffnungsrede vor dem Deutschen Verein für Psychiatrie. In: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 76, 1920/1921, S. 595-598, hier S. 598, zitiert in: Burleigh, Michael: Tod und Erlösung. Euthanasie in Deutschland 1900-1945. Zürich/München, 2002, S. 22. Bonhoeffer erläutert die Formulierung in seiner Rede folgendermaßen: „Fast könnte es scheinen, als ob wir in einer Zeit der Wandlung des Humanitätsbegriffes stünden. Ich meine nur, daß wir unter den schweren Erlebnissen des Krieges das einzelne Menschenleben anders zu bewerten genötigt wurden als vordem, und daß wir in den Hungerjahren des Krieges uns damit abfinden mußten, zuzusehen, daß unsere Kranken in den Anstalten in Massen an Unterernährung dahinstarben, und die fast gutzuheißen in dem Gedanken, daß durch diese Opfer vielleicht Gesunden das Leben erhalten bleiben könnte. In der Betonung dieses Rechts der Gesunden auf Selbsterhaltung, wie sie eine Zeit der Not mit sich bringt, liegt die Gefahr der Überspannung, die Gefahr, daß der Gedanke der opfermütigen Unterordnung des Gesunden unter die Bedürfnisse der Hilflosen und Kranken, wie er der wahren Krankenpflege zugrunde liegt, gegenüber den Lebensansprüchen der Gesunden an lebendiger Kraft verliert.“

2.6. Der Erste Weltkrieg in der Heil- und Pflegeanstalt Herborn

Der Erste Weltkrieg hatte Auswirkungen auf jegliche Bereiche der HPA Herborn. Die Besetzung des Personals der Anstalt wurde noch problematischer. Auch bedingt durch die anfängliche Kriegsbegeisterung gingen zahlreiche Pfleger an die Front. Waren es 1914 noch 56 Pfleger¹³³, nahm die Zahl der Wehrdienstleistenden in den kommenden Jahren ab, sodass 1915 noch 19 Pfleger¹³⁴, 1916 nur noch 11¹³⁵ und 1917 lediglich einer in den Wehrdienst eintraten.¹³⁶ 1918 waren es auch nur noch drei.¹³⁷ Im Jahr 1915 schreibt Dr. Snell diesbezüglich:

*„Leider war der Wechsel des Pflegepersonals noch immer recht stark, bei dem männlichen Personal findet er seine Ursache in den Einberufungen zum Heeresdienst infolge des Krieges. Die alten gut ausgebildeten Pfleger mit längerer Anstaltserfahrung sind beinahe alle einberufen, der mit größter Mühe angenommene Ersatz ist fast durchweg wenig leistungsfähig. [...] Erst nach Beendigung des Krieges ist auf eine Besserung zu rechnen.“*¹³⁸

Weiterhin bemängelt er:

*„So erhebend und schön die allgemeine Begeisterung und der Wunsch war, sich dem Vaterlande beim Heeresdienste nützlich zu machen, so habe ich doch in manchen Fällen die erwünschte Einschätzung des bisher ausgeübten Zivilberufes vermißt. Nach Kriegsausbruch galt bei einigen ein Ausharren in dem erwählten Lebensberuf der Irrenpflege auch unter den schwierigen Kriegsverhältnissen als gänzlich minderwertig gegenüber jeder dem Heere direkt dienenden Tätigkeit. Hierbei wurde außer acht gelassen, daß eine tunlichste Fortführung der nötigen Zivilberufstätigkeiten während des Krieges für einen günstigen Ausgang des langwierigen Kampfes Vorbedingung war.“*¹³⁹

¹³³ Vgl. VKW 50 (1916), S. 443.

¹³⁴ Vgl. VKW 51 (1917), S. 457.

¹³⁵ Vgl. VKW 52 (1918), S. 467.

¹³⁶ Vgl. VKW 53 (1919), S. 59 und Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 47.

¹³⁷ Vgl. VKW 54 (1920), S. 470.

¹³⁸ VKW 50 (1916), S. 444.

¹³⁹ Ebd., S. 444, 445. Trotzdem schreibt er 1917: „Erfreulich ist, daß die Pfleger hiesiger Anstalt, die zum Heeresdienste eingezogen sind, soweit bisher bekannt geworden, sich durchweg sehr gut im Felde geführt haben.“ VKW 51 (1917), S. 458.

Der Kriegsbeginn forderte jedoch nicht nur die männlichen Mitarbeiter. Auch weibliche Pflegekräfte meldeten sich freiwillig zur Verwundetenpflege an die Front und verließen die Anstalt.¹⁴⁰

So entstand eine Versorgungslücke und es kam häufiger zu Entweichungen von Patienten und Patientinnen.¹⁴¹ Dieses Mangels wollte die Klinikleitung Herr werden, indem sie zunächst versuchte, ruhige Kranke als Pflege- und Wachpersonal einzusetzen.¹⁴² Außer an Pflegekräften fehlte es auch an Arbeitskräften im Bereich der anstaltseigenen Landwirtschaft. Daher wurden im Jahr 1915 erstmals Kriegsgefangene als Feldarbeiter eingesetzt.¹⁴³

Auch die Anzahl der Ärzte wurde durch den Krieg deutlich beeinträchtigt. Dr. Snell schreibt über das Jahr 1914: *„Mit dem Kriegsausbruch änderte sich das ganze Bild des Anstaltsbetriebs.“*¹⁴⁴ Denn sowohl Dr. Altvater als auch Dr. Schiese und Dr. Erk zogen schon 1914 in den Krieg. So blieben lediglich Direktor Dr. Snell und Dr. Becker zurück. Diese erhielten Unterstützung von einem Gastarzt aus Weilmünster, Dr. Coulon.¹⁴⁵ Im Gegensatz zum Personal stieg die Krankenzahl aber zunächst weiter.

Dr. Becker beschreibt im Nachhinein die Situation in der Anstalt folgendermaßen:

*„Zuerst kam das zeitweilige Stocken des Anstaltsbetriebes durch die Mobilmachung und das dadurch bedingte Ausrücken eines Teiles der Aerzte und des männlichen Personals zum Feldheer. Dann machten sich die Ernährungsschwierigkeiten mehr und mehr geltend. Schliesslich wurden auch das Ueberbelegen der einzelnen Räume durch Licht- und Heizungsmaterialmangel sowie die ausserordentliche Knappheit der Rohstoffe für die uns modernen Irrenärzten so unentbehrlich gewordene Beschäftigungstherapie unangenehm fühlbar.“*¹⁴⁶

¹⁴⁰ Vgl. VKW 50 (1916), S. 444.

¹⁴¹ Vgl. VKW 51 (1917), S. 458.

¹⁴² Vgl. VKW 50 (1916), S. 444.

¹⁴³ Vgl. VKW 51 (1917), S. 457.

¹⁴⁴ VKW 50 (1916), S. 444.

¹⁴⁵ Vgl. ebd.

¹⁴⁶ Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 4.

Unter anderem kamen nun zunehmend Menschen, die unter den Kriegstraumata litten.¹⁴⁷ Diese mussten gesondert behandelt und untergebracht werden:

*„Bei Pflege der aus dem Felde zugeführten, durch die Kriegserlebnisse geistig erkrankten Soldaten wurde besonderer Wert darauf gelegt, in der Anstalt ihnen alles an den Krieg Erinnernde tunlichst fern zu halten. Es ergab sich, daß derartig erkrankte Soldaten zwischen Zivilkranken bessere Genesungsfortschritte machen als unter ihren Kameraden, bei denen doch immer wieder Feldzugserinnerungen in ihnen wachgerufen werden.“*¹⁴⁸

Wie Dr. Snell weiterhin berichtet, waren die unter zunehmender Belastung stehenden verbliebenden Ärzte auch außerhalb der Klinik im Einsatz

*„indem sie Kurse zur Ausbildung von Helferinnen für das Rote Kreuz abhielten, außerdem in den Militärlazaretten der Umgegend tätig waren.“*¹⁴⁹

Einige Patienten wurden im Laufe des Krieges auch entlassen, als die Militärdienstpflicht sie traf. Vereinzelt hätten die Betroffenen die vorzeitige Entlassung auch von sich aus forciert, aus dem Wunsch heraus, an die Front ziehen zu dürfen. Hierbei handelte es sich laut Dr. Becker um *„eine sehr beschränkte Anzahl an Alkoholisten, Imbezillen, Debilen, Heboiden, Präkoxkranken [...]“*.¹⁵⁰ Manche Patienten seien sogar deshalb vor abschließender Beurteilung der Wehrtauglichkeit voller Euphorie aus der Klinik entflohen.¹⁵¹

Die Krankheiten verliefen teilweise durch den Krieg gravierender. Dr. Becker beschreibt, dass besonders Paranoide „Kriegsmotive“ vermehrt verinnerlichten:

„So schrieb eine meiner Kranken, eine damals 36-jährige Paranoide, am 1.2.1916 an ihre Angehörige: „...Herborn ist auch in diesen (sic) Sommer bekriegt worden,

¹⁴⁷ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911–1918. 2011, S. 46. Diesbezüglich schreibt Dr. Snell 1916: *„Bei den in den letzten Monaten des Berichtjahres hier zugeführten Patienten zeigte sich oft eine dem Krieg entsprechende Färbung des Krankheitsbildes, mit der Dauer des Feldzuges stieg auch die Zahl der durch den Krieg mit seinen Aufregungen hervorgerufenen Psychosen.“* VKW 50 (1916), S. 445.

¹⁴⁸ VKW 51 (1917), S. 458.

¹⁴⁹ VKW 50 (1916), S. 445.

¹⁵⁰ Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 2.

¹⁵¹ Vgl. ebd.

feindliche (sic) Soldaten mit Obersten haben Herborn erobert. Ich glaube Frankreich. Herborn war for (sic) diesem Kriege deutsch.....“¹⁵²

Andere wurden durch den Krieg in ihrem Krankheitsverlauf beeinflusst. Dr. Becker skizzierte diesbezüglich folgende Stereotypen:

„Der paranoide Hebephrene will dazu berufen sein, im Hauptquartier wichtige Unterhandlungen mit dem Kaiser zu führen, der Paralytiker will seine Kaufmannsgeschäfte zugunsten der Nahrungsmittel- und Textilindustrie in enormem Umfange erweitern, der Melancholiker wähnt sich schuld an diesem grössten aller Kriege, die Wochenbettpsychotische sieht massenhaft Engländer und Franzosen auf sich einstürmen, die Imbezilla und die Hysterika wittern in jedem Flieger einen feindlichen, in jedem Donnerschlag oder Büchschenschuss eine Fliegerbombe, in jedem etwas ungewöhnlichen Treiben in der Anstalt die Vorbereitungen zur Verteidigung der Anstalt gegen feindliche Invasion, der „verfolgte Verfolger“ dringt auf die Pfleger und Mitkranken ein, weil sie ihn angeblich immer „englischer Spion“ oder „Vaterlandskrüppel“ schimpfen, der Delirant verlangt an die Front.“¹⁵³

Wie schon durch Dr. Becker beschrieben, kam es bald durch die Umstände des Krieges auch in der HPA Herborn zu einem Mangel an Nahrungsmitteln. Zwar konnte die Klinik durch die eigene Landwirtschaft einen beträchtlichen Teil der Selbstversorgung sichern, jedoch mussten auch Teile der Erträge an die Gemeinde abgegeben werden. Zudem fielen immer weiter die Zulieferungen zu Gunsten der Frontsoldaten aus. Die Essensrationen der Kranken wurden zunehmend verringert, und vor allem die Ernährung mit Fleisch wurde deutlich weniger.¹⁵⁴ Es kam zu einer permanenten Mangelernährung. Diesbezüglich berichtet Dr. Snell über das Jahr 1916:

„Die Anstalt blieb im Berichtsjahre von Epidemien verschont, doch verschlechterte sich der Gesundheitszustand im ganzen erheblich. [...] Die Belieferung der Anstalt, besonders mit Kartoffeln, war zeitweise so ungenügend, daß eine allgemeine erhebliche Gewichtsabnahme der Kranken eintrat. Auch ließ das körperliche Befinden in mancher Beziehung zu wünschen übrig, es zeigten sich Wassersucht

¹⁵² Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 3-4.

¹⁵³ Ebd.

¹⁵⁴ Vgl. ebd., S. 5.

(alimentäre Oedeme), Anschwellungen der Augenlider und Gliedmaßen, manchmal auf den Rumpf übergreifend. [...] In manchen Fällen waren die ärztlichen Bemühungen von Erfolg begleitet und es trat Heilung ein, in einer Reihe von Fällen erfolgte jedoch, wie aus der Statistik der Todesursachen hervorgeht, der Tod an Erschöpfung. Besonders bei Paralytikern, Katatonikern und durch langwierige Aufregungszustände geschwächten Kranken war der schlimme Ausgang oft nicht abzuwenden.“¹⁵⁵

Auch in weiteren Kliniken wird von den ödematösen Schwellungen durch Nahrungsmangel im Krieg berichtet.¹⁵⁶ Als weitere Folge des Hungers beschreibt Dr. Becker die „Kriegsamennorrhoe“: Im Jahr 1917 hätten nur 11% der unter 45-jährigen Patientinnen der HPA Herborn ihre Menstruation gehabt.¹⁵⁷

Doch die Minderversorgung hatte in einem Teilaspekt noch einen anderen Effekt zu verbuchen: So berichtet Dr. Snell 1918, dass durch den fehlenden Alkohol auch die Zahl der zugeführten AlkoholikerInnen abnahm. Dr. Becker berichtete zudem von bayerischen Anstalten, in denen es auch zu weniger Aufnahmen von AlkoholikerInnen kam, da das Bier als Folge der „Herabsetzung des Malzkontingents“ verdünnt wurde.¹⁵⁸

Snell sah darin eine positive Aussicht auch auf die folgenden Generationen:

„Eine wesentliche Veränderung der Krankenzusammensetzung tritt seit Kriegsausbruch durch die geringe Zahl der zugeführten Alkoholisten von Jahr zu Jahr stärker hervor. Falls die jetzt durch den Krieg bedingte Erschwerung des Alkoholmißbrauchs anhält, ist auf eine dauernde Verminderung (sic) der Zuführungen bei den Irrenanstalten zu rechnen. Die volle Wirkung der Abnahme des Alkoholgenusses auf die Zahl der Irren würde allerdings erst nach mehreren Jahrzehnten in Erscheinung treten, wenn die Zahl der durch Alkoholismus der Eltern hervorgerufenen Geistesstörungen sich vermindert.“¹⁵⁹

¹⁵⁵ VKW 52 (1918), S. 467.

¹⁵⁶ Vgl. Schiff, A.: Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit. In: Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 22, Jahrgang 67, Wien, 1917, S. 957-979, hier S. 979.

¹⁵⁷ Vgl. Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 8.

¹⁵⁸ Vgl. ebd., S. 9.

¹⁵⁹ VKW 53 (1919), S. 60. Auch andere deutsche Psychiater beschreiben den Rückgang des Alkoholismus als so gravierend, dass es keine Alkoholdeliranten mehr für den klinischen Unterricht gegeben habe. Vgl. Bonhoeffer, Karl: Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 41, Berlin, 1917, S. 382-385, hier S. 382.

Doch diese Hoffnung sollte nach Kriegsende schnell schwinden, denn 1920 stellt der Direktor fest:

„Die psychischen Ursachen sind seit Ende des Krieges seltener als Erkrankungsursache angegeben, dagegen findet sich Alkoholmißbrauch häufiger als im Vorjahre. Seit November 1918 sind erhebliche Mengen Spirituosen aus Heeresbeständen der Bevölkerung zugänglich geworden.“¹⁶⁰

Ab November 1918 kehrten nun auch allmählich überlebende Pflegekräfte von der Front zurück.¹⁶¹

Auch das Heer zog sich ins Innere des Landes zurück. Die Klinik sah sich mit der Aufgabe konfrontiert, zurückgekehrte Soldaten auf der Durchfahrt unterzubringen und zu versorgen. Dies stellte nach Dr. Snell eine deutliche Herausforderung dar:

„Bei dem Rückzug der deutschen Armee aus Belgien und Frankreich wurde Herborn aufs stärkste in Mitleidenschaft gezogen. In der Zeit von Mitte November bis Mitte Dezember folgten sich fast ununterbrochen gewaltige Truppendurchzüge, die in der Stadt Herborn und den umliegenden Dörfern kaum unterzubringen waren. Durch Räumung eines Krankenhauses und Bereitstellung des vorher zum Gottesdienste benutzten Gesellschaftshauses konnte die Anstalt 194 Offizieren und 5389 Mannschaften Obdach gewähren, eine Hilfeleistung, die von vielen Offizieren und Soldaten aufs dankbarste anerkannt wurde.“¹⁶²

¹⁶⁰ VKW 54 (1920), S. 467.

¹⁶¹ Vgl. ebd., S. 470.

¹⁶² Ebd.

3. Zum Material

Da die Studie sehr wesentlich auf der Analyse der Sektionsbücher basiert, erscheint es angebracht, sich zunächst die Durchführung solcher Obduktionen zu vergegenwärtigen:

War ein Patient oder eine Patientin in der HPA Herborn verstorben, wurde der Leichnam meist noch am Todestag seziert. Manchmal geschah dies auch erst am nächsten Tag. Seziert wurden fast alle Verstorbenen. Im zweiten untersuchten Zeitabschnitt kam es jedoch gehäuft vor, dass Angehörige die Sektionen explizit ablehnten. Weiterhin wurden Sektionen unterlassen, wenn die Umstände organisatorisch keine Sektion zuließen, z.B. in Kriegsjahren aufgrund „Pflegermangels“, wenn der Patient oder die Patientin an einem anderen Ort verstorben war oder direkt nach Versterben der Leichnam schon abgeholt werden sollte. In diesen Fällen wurden jedoch trotzdem Todesursachen notiert, wahrscheinlich lediglich auf Basis der klinischen Symptomatik.

3.1. Rechtliche Grundlagen

Im Zuge der Recherchen galt es, die rechtliche Grundlage für die Sektionen zu klären: Es stand zu vermuten, dass es eine gesetzliche Verordnung von Regierungsebene gegeben hat, die den psychiatrischen Anstalten der Zeit vorschrieb, ihre Verstorbenen zu sezieren. Gesichert ist, dass die Sektionspraxis keine Eigenheit Herborns, sondern auch in den meisten anderen Anstalten üblich war.¹⁶³ Die rechtliche Grundlage der Obduktionen in der Forensik ist beispielsweise früh schon recht klar definiert. Die Sektionspraxis Nichtkrimineller in Psychiatrien wurde mit dieser regelmäßig in ein gemeinsames Themenfeld gefasst und dadurch auch ähnlich gehandhabt. Rechtlich geregelt war zunächst schon früh, dass bei allen Verstorbenen (ob psychiatrisch oder sonstiger Fachabteilung zugehörig) eine Leichenschau durchgeführt werden musste, um diese für tot zu erklären und einen natürlichen von einem unnatürlichen Tod zu unterscheiden.¹⁶⁴

¹⁶³ Dies wurde unter anderem in einer Akte deutlich, in der sich Material befand, welches den Prozess der Modernisierung des Sektionsraums der Anstalt in Haina Ende der 1920er Jahre darlegte. Im Zuge der Planung wurden sämtliche regionale Anstalten seitens der Hainaer Klinikleitung angeschrieben und nach den Grundrissen ihrer Sektionsräume gefragt, wohl, um anhand derer den eigenen zu planen. Vgl. Erweiterungsbauten beim Landeshospital Haina (ab 1927 Landesheilanstalt), wie Neubau von Krankenhäusern, eines Ärztewohnhauses, eines Leichen- und Sektionshauses, Bd. 1, Bestand: B13, Aktennummer: 0230, Standort: 13 (Haina).

¹⁶⁴ Vgl. HStAM, Bestand 180 Melsungen, Nr. 3364, Vorschriften zur Leichenschau und Obduktionen sowie Bestellung der Leichenbeschauer, 1895-1927.

In der *Psychiatrischen Wochenschrift* von 1901 wird die Frage diskutiert, wer berechtigt sei, über eine Leiche zu verfügen.¹⁶⁵ Es wird deutlich, dass zu Beginn des Jahrhunderts diese Frage noch gar nicht vollends geklärt war. Da eine Leiche juristisch nicht als „Sache“ betrachtet wurde, galt sie als „extra commercium“. Es hatte sich daher durchgesetzt, dass Verstorbene, die auf Kosten des Staates in der Klinik waren und schließlich auch auf staatliche Kosten dort beerdigt werden sollten, seziert werden *konnten*, solange die Familie nicht innerhalb von 24 Stunden Anspruch auf den Leichnam erhob, um ihn auf eigene Kosten zu beerdigen. Ausnahmen wurden beim Verdacht auf eine ansteckende Krankheit gemacht. In einem solchen Fall durfte der potentiell infektiöse Leichnam sofort seziert werden.¹⁶⁶

Diese rechtliche Formulierung basierte auf der einzigen staatlichen Vorschrift zu dem Thema aus den Ministerial-Erlassen des Jahres 1889 (Min. Bl. d. i. V. S. 133 u. 222).¹⁶⁷ In dieser sei zunächst die Ablieferung von Leichen aus öffentlichen Anstalten an die anatomischen Institute geregelt worden. Besonderes Augenmerk sei bei dieser Regelung auf die Leichen aus Gefängnissen gelegt worden. Bezüglich der Leichen in Hospitälern und ähnlichen Anstalten sollte *„in jedem einzelnen Falle, unter Berücksichtigung der obwaltenden besonderen Umstände, nach dem verständigen Ermessen der betr. Behörden verfahren werden.“*¹⁶⁸ Diese offene Formulierung wird vom Verfasser des

¹⁶⁵ Vgl. unbek. Autor: Über die Vornahme von Leichenöffnungen in den Krankenhäusern, insbesondere in den Irrenanstalten. In: *Psychiatrische Wochenschrift*. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Nr. 17, Halle an der Saale, , 20 Juli 1901, S. 175-178, auf S. 176,177 heißt es *„Zur Erreichung dieses Zieles bietet sich auch ein verhältnissmässig (sic) einfaches und u. E. einwandtfreies Mittel, welches z.B. von einer grösseren Provinzial-Verwaltung für ihre Irrenanstalten mit Erfolg angewandt worden ist und sich allgemein zur Nachahmung empfehlen dürfte: Die Angehörigen oder sonstigen Zahlungspflichtigen haben bei der Aufnahme durch schriftlichen Revers die Bestimmungen der Anstalts-Reglements und Instruktionen als für sich und den Kranken verbindlich anzuerkennen; in diesen Bestimmungen ist aber den ärztlichen Direktoren die Vornahme der Sektionen im Allgemeinen dann zur Pflicht gemacht, wenn nicht die Angehörigen p.p. auf die Todesnachricht hin, die in geeigneten Fällen telegraphisch erfolgt, die Unterlassung ausdrücklich verlangen.“*

¹⁶⁶ Seitens des Magistrats der Stadt Berlin seien „kürzlich“ genaue Vorschriften zur Regelung dieser Umstände verfasst worden: „§1. In allen Fällen, in welchen ein wissenschaftliches Interesse vorliegt oder es sich um die Sicherstellung der Diagnose handelt, kann die Sektion vorgenommen werden, wenn innerhalb 24 Stunden nach Ableben der Kranken von den berechtigten Angehörigen (Eltern, Ehegatten, Vormündern, bestimmungsfähigen Kindern) nicht Widerspruch erhoben ist. § 2. Ausnahmsweise kann auch schon vor Ablauf von 24 Stunden die Leichenöffnung erfolgen, wenn ein öffentliches sanitäres Interesse (Cholera, Pest u.s.w.) vorliegt, oder die Befürchtung vorhanden ist, dass durch längeres Zuwarten Zersetzungerscheinungen eintreten, welche die durch die Krankheit veranlassten Veränderungen unkenntlich machen. § 3. Die Herren Prosektoren sind verpflichtet, bei den Sektionen sich der grössten Schonung der Leichen zu befleissigen und Verstümmelungen zu vermeiden.“ Ebd., S. 177.

¹⁶⁷ Vgl. ebd.

¹⁶⁸ Ebd.

Artikels der *Psychiatrischen Wochenschrift* kritisiert. Er wünsche sich, dass diese „heikle Frage [...] besser durch sichere Unterlagen und Vorschriften geregelt werden sollte.“¹⁶⁹

Denn schließlich wurden nicht mehr nur Leichen an anatomische Institute geliefert, sondern die Vorschrift insofern ohne neue rechtliche Formulierung erweitert, dass von Klinikärzten selbst vor Ort seziert wurde.

Neben der rechtlichen Grundlage wird auch der Grund für die Notwendigkeit der Sektionen in psychiatrischen Anstalten betont: Die „medizinische Forschung und Wissenschaft“ habe ein „dringendes Interesse daran [...], dass namentlich in den Irrenanstalten wo möglich j e d e r Todesfall zur Sicherstellung der Diagnose und Ansteckung der Erkrankungsheerde (sic) von der Sektion begleitet ist.“¹⁷⁰ Es würde der medizinischen Forschung schaden, wenn vor jeder Sektion das explizite Einverständnis der Angehörigen eingeholt werden müsse. Es wird also vorgeschlagen, dass

„namentlich in den Irrenanstalten im Hinblick auf das grosse medizinische und öffentliche Interesse in der Regel alle Leichen, hinsichtlich deren nicht besondere Rücksichten zu nehmen sind, secirt (sic) werden sollen und dass dies bei den auf öffentliche Kosten zu Beerdigenden auch ohne Einholung einer Genehmigung der Angehörigen geschehen kann [...].“¹⁷¹

Im Kaiserreich war es somit im weiteren Sinne von rechtlicher Seite zwar erlaubt, die Leichen zu sezieren (außer es wurde explizit Einspruch erhoben), jedoch nicht in jedem Falle vorgeschrieben. Und offenbar war gerade in den Irrenanstalten das Interesse groß, die Diagnosestellung hierdurch untermauern zu können und die Wissenschaft voranzutreiben.

Anders war die Rechtslage in der Schweiz: Wie Eugen Bleuler (1857-1939) aus dem Zürcher Burghölzli berichtet, wurden dort in den meisten Kantonen alle Verstorbenen der Anstalten seziert und hierüber Protokoll geführt. Dies sei durch ein Reglement der Anstalt klar geregelt und für die Ärzte verpflichtend, was die Handhabung, auch zum Wohle der Wissenschaft, erleichtere:

„Wer sich oder einen Angehörigen in eine solche Anstalt [gemeint sind kantonale Krankenanstalten und somit auch Irrenanstalten, L.F.] aufnehmen lässt, unterwirft sich durch diese Thatsache dem Reglement. Es wird also in jedem Falle eine Section

¹⁶⁹ unbek. Autor: Über die Vornahme von Leichenöffnungen. 1901, S. 177.

¹⁷⁰ Ebd., S. 176.

¹⁷¹ Ebd., S. 177, 178.

von Amts wegen gemacht, und die einfälligen (sic) Einsprüche, die an andern Orten, oft nur aus kleinlichem Uebelwollen gegen die Wissenschaft und ihre Vertreter gemacht wurden, fallen vollständig weg.“¹⁷²

3.2. Beteiligtes Personal

Für eine Sektion wurde immer ein sezierender Arzt benötigt. Aus dem Schriftbild der Protokolle lässt sich schließen, dass die Sektionen nicht immer von der selben Person dokumentiert wurden. In den ersten Jahren war aber wahrscheinlich der Anstaltsarzt Dr. Erk maßgeblich beteiligt und unterschrieb auch Anmerkungen innerhalb der durch andere Handschriften niedergeschriebenen Protokolle mit „Dr. E“.

Da in den Kriegsjahren keine Sektionen durchgeführt wurden und als Begründung in den Sektionsbüchern der „Pflegermangel“ genannt wird, lässt sich vermuten, dass immer zumindest eine Pflegekraft als Assistent bzw. Protokollant bei den Sektionen benötigt wurde. Es bleibt jedoch unklar, ob die Protokolle parallel zu den Sektionen „protokolliert“ wurden, sei es durch den Sezierenden selbst oder einen Helfer oder eine Helferin, oder im Nachhinein aus dem Gedächtnis heraus verfasst wurden.

In anderen Kliniken wurden häufig Studierende zum Protokollieren der Sektionsbefunde eingesetzt¹⁷³: Aus dem Pathologischen Institut Marburgs ist beispielsweise bekannt, dass eine Hilfsperson während der Sektion mitschrieb und lediglich die pathologisch anatomische Diagnose vom Obduzierenden selbst nach durchgeführter Sektion vermerkt wurde.¹⁷⁴

Bei Protokollen aus der HPA Herborn, die nicht von Dr. Erks Handschrift notiert worden sind, finden sich auch oft nachträgliche Ergänzungen durch ihn. Diese Ergänzungen sind in einigen Fällen die klinischen oder pathologisch-anatomischen Diagnosen und könnten ein Hinweis darauf sein, dass er die Protokolle im Nachhinein noch überarbeitet hat – entweder, weil ein Kollege die Sektion durchgeführt und er das Ergebnis noch korrigiert

¹⁷² Bleuler, Eugen: Zur Sectionsfrage. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. 3. Jahrgang, Nr. 19, Halle an der Saale, 3. August 1901, S. 199.

¹⁷³ Vgl. Hoffmann, Christoph (Hg.): Daten sichern. Schreiben und Zeichnen als Verfahren der Aufzeichnung. Zürich/Berlin, 2008, S. 153-196, hier S. 172.

¹⁷⁴ Vgl. Korte, Peter Hermann-Josef: Die Tätigkeit des Marburger Pathologischen Instituts unter Leonhard Jores und Walther Berblinger 1913-1918. Univ.-Diss. Philipps-Universität Marburg, 2014, S. 60-70.

hat, oder, weil er während der Sektion lediglich die Befunde an jemand Protokollierenden diktiert und im Nachhinein noch Details ergänzt hat.

Bei durch Dr. Erk selbst niedergeschriebenen Protokollen finden sich keine Anmerkungen durch andere Schriftbilder. Auch eigene Verbesserungen fehlen weitestgehend, was eventuell ein Hinweis darauf sein könnte, dass diese Protokolle nach der Sektion in Gänze verfasst wurden, ohne durch die einzelnen Sektionsschritte Absatz für Absatz unterbrochen worden zu sein.¹⁷⁵ Außerdem könnte es darauf hinweisen, dass er für die Sektionen zuständig war.

Nicht durch Dr. Erks Handschrift dokumentierte Protokolle wurden auch nicht nachträglich von ihm unterzeichnet, was gegen die Möglichkeit spricht, dass er diese an einen Zweiten diktiert hatte. Wahrscheinlicher ist also, dass die Sektionen von verschiedenen Ärzten durchgeführt worden sind und Dr. Erk wohl eine leitende Rolle hierbei hatte, weshalb er Ergänzungen zu Protokollen anderer hinzufügte.

3.3. Sektionsbände

Die Sektionsbände sind drei schlichte, schwarze Bücher, ca. im A4 Format. Ihr Inhalt ist handschriftlich festgehalten, wobei sich, wie schon beschrieben, die Handschriften der verschiedenen Protokolle teilweise unterscheiden. Wie schon erläutert, sind die ersten beiden Bände fortlaufend und dokumentieren die Sektionen ab der Klinikgründung bis Ende 1916. Der letzte Band beginnt dann erst wieder 1927 und endet 1930.

Aus den Sektionsbänden geht zunächst hervor, welche Personen verstorben sind. Es werden nämlich nicht nur die Personen namentlich genannt, die tatsächlich seziert wurden, sondern auch diejenigen, bei denen es zu keiner Sektion mit folgendem Protokoll gekommen war. In diesen Fällen wurde meist ein Grund für die Nichtdurchführung dokumentiert.

3.3.1. Aufbau eines Sektionsprotokolls

Die einzelnen Sektionsprotokolle zeigen sowohl einen einheitlichen Aufbau als auch teilweise gleiche Formulierungen für einzelne Sektionsschritte. Sie sind jedoch frei geschrieben, ohne dass ein Vordruck genutzt worden wäre, wie es an anderen Kliniken

¹⁷⁵ Zur genauen Vorgehensweise der Sektionen und ihrer Protokollierung um 1900, vor allem an der Charité in Berlin Vgl. Hoffmann: Schneiden und Schreiben. 2008, S. 153-196.

üblich war.¹⁷⁶ Dadurch unterscheiden sie sich untereinander auch etwas im Umfang. Die genutzte Schrift war Sütterlin.

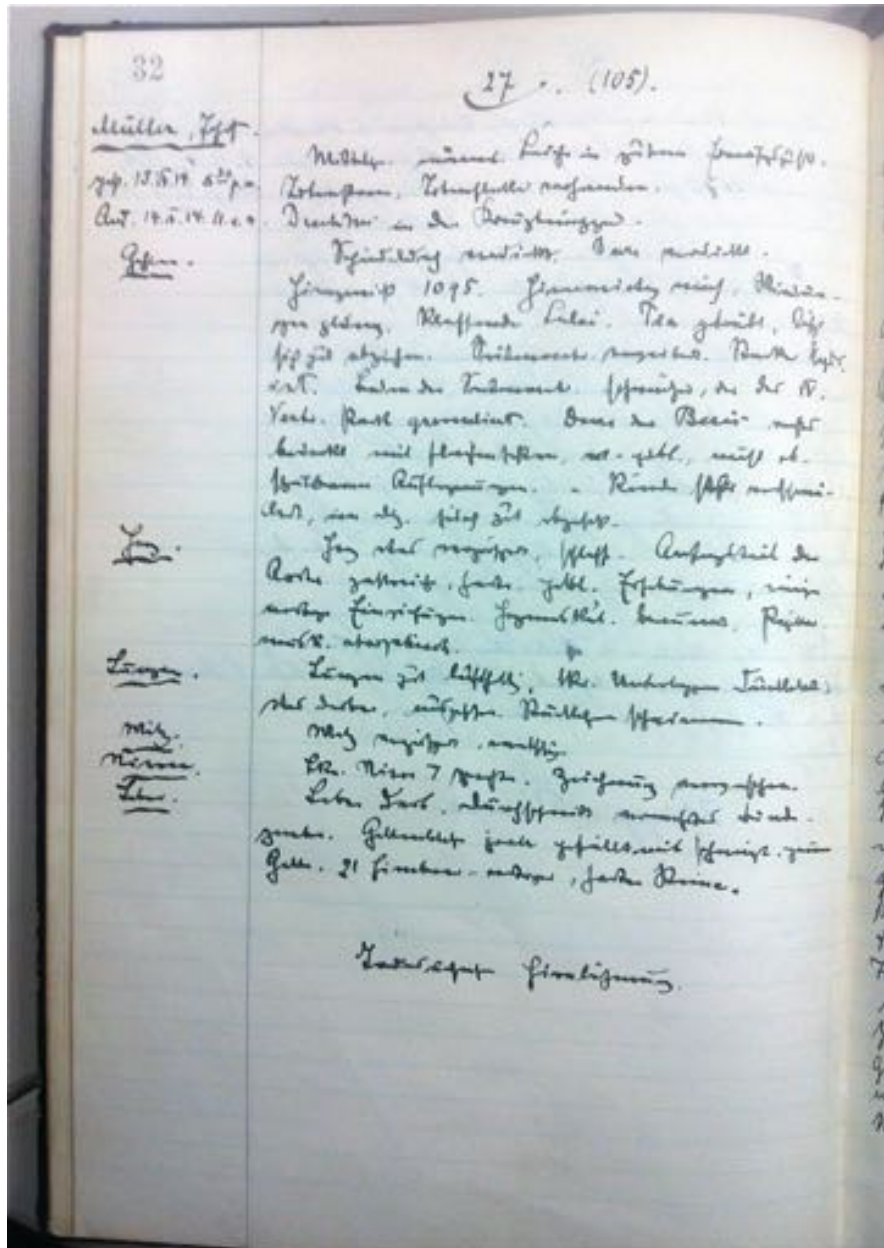


Bild 2: Typisches Sektionsprotokoll aus dem 1. Band

In der oberen äußeren Ecke der Seite wird der Name und Vorname des oder der Verstorbenen gemeinsam mit Todesdatum und -uhrzeit sowie Obduktionsdatum und -uhrzeit vermerkt.

Das folgende Protokoll beginnt stets mit einer allgemeinen Beschreibung der Leiche, also ob sie groß oder klein, männlich oder weiblich, wohlgenährt oder unterernährt ist oder

¹⁷⁶ Vgl. Hoffmann: Schneiden und Schreiben. 2008, S. 165. Auch im Marburger Pathologischen Institut wurde ein Vordruck verwendet. Vgl. Korte: Tätigkeit des Marburger Pathologischen Instituts. 2014, S. 59.

sonstige Auffälligkeiten wie beispielsweise starke Hämatome, Ulcerationen oder Ödeme aufweist.

Nach Eröffnung des Schädels sowie Entnahme und Wiegen des Gehirns werden das Gewicht notiert, die Konsistenz und die einzelnen Strukturen grob bewertet: Hier finden sich also Angaben darüber, ob die Ventrikel mit Liquor gefüllt sind, sich Groß- und Kleinhirn leicht voneinander trennen und sich die Hirnhäute leicht ablösen lassen. Eine übliche Formulierung ist beispielsweise: *„Die Gehirnhäute sind zart, lassen sich nur in Fetzen von der Unterlage ablösen“*. Daraufhin wird das Hirn in nicht weiter beschriebene Scheiben geschnitten und bewertet, ob diese makroskopische Anomalien aufweisen.

Nach dem Gehirn folgt der Situs, beginnend mit den Lungen. Es wird beurteilt, ob die Pleurahöhle Flüssigkeit aufweist und welche Eigenschaften diese hat. Die Lungen werden herausgetrennt und geschaut, ob sie erweitert sind, welche Geräusche beim Zerschneiden wahrnehmbar sind und ob sich auch nach Eröffnung pathologische Befunde zeigen.

Daraufhin wird das Herz hinsichtlich seiner Größe sowie der Beschaffenheit des Herzmuskels begutachtet. Meist findet sich bei einer physiologischen Größe die Angabe, das Herz sei *„etwa faustgroß“*.

Als nächstes folgen die Leber und Gallenblase, welche eröffnet wird, um die Galle und mögliche Konkrementen zu beurteilen.

Dann wird bezüglich der Nieren beschrieben, ob sich die Kapseln leicht ablösen lassen, es Auffälligkeiten bei der Nierenzeichnung gibt oder andere pathologische Befunde zu erheben sind.

Die Milz wird grob eingeschätzt, meist lediglich bezüglich ihrer Größe, und nach einer Nebmilz geschaut.

Als letztes wird der Darmtrakt seziert.

Gelegentlich werden am freien Seitenrand begleitend die einzeln untersuchten Themen bzw. Organe entlang des Textes aufgelistet, wohl zur besseren Übersicht.

Unter jedem Protokoll ist die Todesursache vermerkt. In der Regel wurde auch eine Todesursache angegeben, wenn es zu keiner Sektion gekommen war. In den Protokollen

der späten 1920er Jahre stehen auch meist die klinischen Diagnosen der Verstorbenen dabei.¹⁷⁷

Je nach Auffälligkeiten oder Fragestellungen wurden einzelne Organe ins Marburger Pathologische Institut geschickt.

3.4. Verbindungen Herborns zum Marburger Pathologischen Institut

In den Sektionsprotokollen ab 1927 wird aufgrund in die Sektionsbände eingeklebter, mit Schreibmaschine geschriebener Befunde seitens des Pathologischen Instituts Marburg eine rege Zusammenarbeit zwischen der Nervenheilanstalt Herborn und diesem deutlich – im ersten Zeitabschnitt tritt sie nicht auf.

Es wurden seitens der Anstalt in Herborn aus unterschiedlichen Gründen Präparate ins Marburger Pathologische Institut geschickt:

Einerseits ist zu vermuten, dass Präparate dorthin geschickt wurden, deren Untersuchung wahrscheinlich zur Sicherung der Todesursache führen sollten. Hier fällt auf, dass vor allem der Kehlkopf von an Tuberkulose Verstorbenen eingesendet wurde sowie das Herz von an Syphilis Erkrankten.

Andererseits wurden aber auch gehäuft Präparate verschickt, die offensichtlich für das Marburger Pathologische Institut zu Forschungszwecken interessant waren. Es wurde beispielsweise explizit seitens der Marburger Pathologie darauf hingewiesen, dass großes Interesse an Präparaten bestehe, die eine Aortitis syphilitica aufweisen könnten. So heißt es in einem pathologischen Bericht von 1927, der dem Sektionsbericht im Sektionsband beigelegt war:

„Für Präparate von Aortitis syphilitica haben wir Interesse, da diese Veränderungen hier selten beobachtet werden.“¹⁷⁸

Die Aortitis syphilitica fand sich schließlich nur bei an Syphilis Erkrankten in weit fortgeschrittenem Stadium. Da die Syphilis in diesen späten Stadien psychiatrische

¹⁷⁷ Bei der Todesursache handelt es sich definitionsgemäß um den Umstand, der letztlich zum Tode führte. Hier gilt es zu beachten, dass diese in den meisten Fällen nicht zwangsläufig etwas mit der Diagnose der Verstorbenen zu tun hatte. Die Diagnose beschreibt lediglich die psychiatrische Grunderkrankung, die zur Überweisung in die Klinik führte. Zum Tod kam es jedoch meist (außer bei wenigen wichtigen Ausnahmen, die im Zuge der Arbeit noch erläutert werden) durch sekundäre somatische Erkrankungen und Umstände, sei es beispielsweise durch Infektionen oder mangelnde Nahrung.

¹⁷⁸ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 15.06.1927, Bars, Karl.

Symptome verursacht, waren von einer Aortitis syphilitica Betroffene häufig in psychiatrischer Behandlung.

In manchen Fällen wurden aber auch Präparate nach Marburg geschickt, die seitens des Instituts nicht explizit gewünscht waren und deren dortige Untersuchung auch nicht unbedingt etwas zur Klärung der Todesursache beitrug.¹⁷⁹

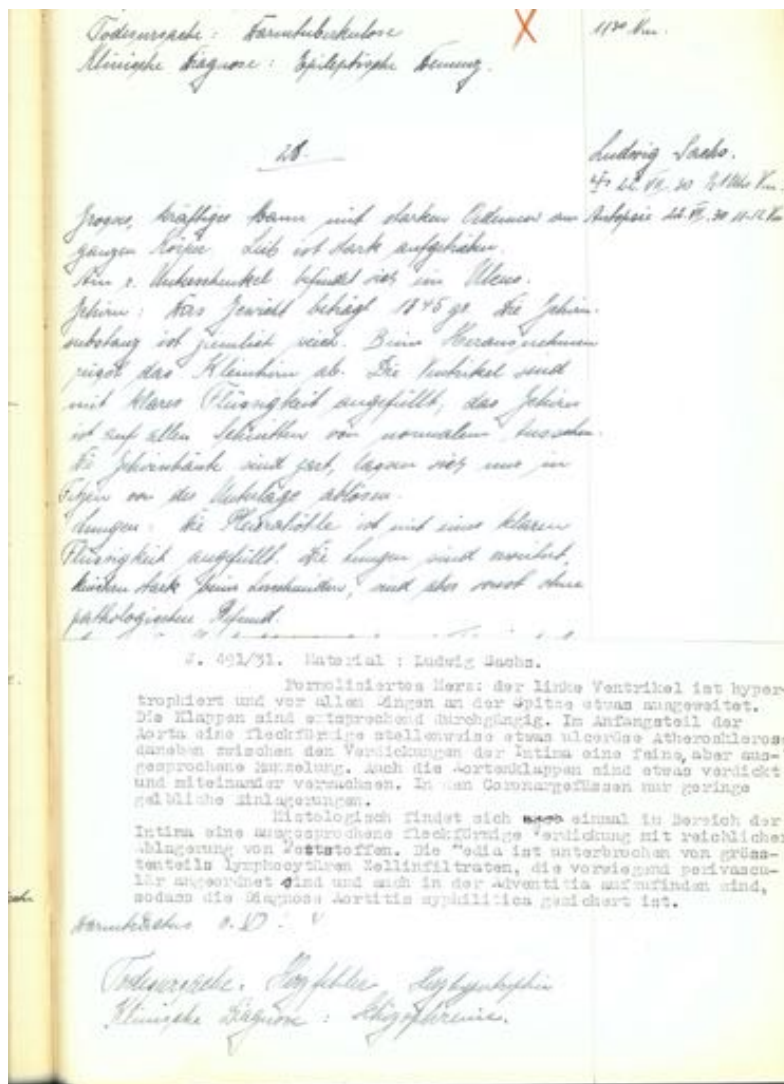


Bild 3: Beispielhaftes Sektionsprotokoll von 1930 mit nachträglich hinzugefügtem pathologischen Befund vom Marburger Pathologischen Institut

¹⁷⁹ Nachdem von Herborn der Hoden eines nach epileptischem Anfall Verstorbenen eingeschickt wurde, bedankte sich das Pathologische Institut Marburg mit den Zeilen: „Für die Übersendung der interessanten Präparate danken wir verbindlichst [...]“. Da bei der Sektion deutlich wurde, dass ein Hoden wegen eines tuberkulösen Befalls operativ entfernt worden war, wurde der verbliebene rechte in die Pathologie nach Marburg geschickt. Die Marburger Pathologie untersuchte den Hoden und kam Anfang August 1927 zu dem Schluss, es handele sich auch hierbei „um eine ausgesprochene Tuberkulose“. Es stellt sich die Frage, warum seitens der Anstalt in Herborn der Anspruch bestand, einen tuberkulösen Befall des Hodens eines an Epilepsie Erkrankten nachzuweisen. Es könnte z.B. darauf hindeuten, dass für das Pathologische Institut in Marburg interessante Fälle zugeliefert wurden. Siehe Sektionsbuch 3, Juli 1927

Von manchen Sezierten wurden zudem mehrere Organe eingeschickt. In insgesamt sieben Fällen kam es auch zu genaueren Untersuchungen des Gehirns.¹⁸⁰ Nur in drei dieser Fälle wurden die Hirnpräparate nach Marburg geschickt.¹⁸¹ In den weiteren vier Fällen gingen die Präparate nach Frankfurt, teilweise auch, obwohl weitere Organpräparate des oder der gleichen Sezierten in die Pathologie nach Marburg geschickt wurden.¹⁸² In der Akte einer Patientin ist dem Sektionsprotokoll ein Antwortschreiben mit pathologischem Befund aus Frankfurt beigelegt, auf welchem die Umschrift „Universität“ zu lesen ist. Es ist also davon auszugehen, dass die Organpräparate in das Pathologische Institut der Universität Frankfurt versendet wurden.¹⁸³

Im Zuge dieser überregionalen Kooperationen kam es also teilweise zu Bestätigungen vermuteter Todesursachen, denn teilweise ergab sich die Todesursache erst aus der Untersuchung des Präparats durch das externe Institut.

Tabelle 2: Anzahl der pathologisch untersuchten und versendeten Organe 1927-1930

	1927	1928	1929	1930
Herz	9	4	2	2
Lunge	0	1	2	0
Kehlkopf	3	2	0	0
Niere	6	4	3	0
Blase	1	2	0	0
Milz	1	0	0	0

¹⁸⁰ 1927: 3 Fälle; 1928: 4 Fälle

¹⁸¹ Im ersten Fall war eine Patientin unklaren Alters laut Herborner Sektionsbericht im Oktober 1927 an unbekannter Ursache verstorben. Ihr Gehirn samt Dura mater wurde nach Marburg geschickt. Der pathologische Befund ergab als Todesursache eine Thrombose der Vena magna galeni.

Im zweiten Fall war eine weitere Patientin unklaren Alters im Januar 1928 an „*Marasmus paralyticus*“ verstorben. Der pathologische Bericht aus Marburg ergab, dass sie cerebrale Gummen hatte.

Im dritten Fall war eine weitere Patientin unklaren Alters im Dezember 1928 an „*Erschöpfung bei Hirntumor*“ gestorben. Hier wurde der vermeintliche Tumor gemeinsam mit einem Herzpräparat nach Marburg geschickt. Das Ergebnis war, dass ein Hirntumor zwar möglich, jedoch nicht gesichert worden sei. Die seitens der Herborner Anstaltsärzte gestellte Todesursache bleibt also unwahrscheinlich.

¹⁸² In diesen Fällen stellte sich die Frage, warum die Gehirne auch in das Pathologische Institut nach Frankfurt gingen: Eine These könnte sein, dass lediglich die Gehirne derjenigen nach Frankfurt gingen, die auch von Frankfurt aus nach Herborn eingewiesen worden waren. Dieser Zusammenhang ließ sich jedoch aufgrund mangelnder Quellenlage nicht abschließend klären.

¹⁸³ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 13.10.1927, Wendt, Elise.

Pankreas	1	0	0	0
Magen	1	0	0	0
Darm	1	2	4	0
Leber	2	2	2	0
Hoden	1	0	0	0
Mamma	0	1	1	0
Gefäße	0	0	1	1
Hirn nach Marburg	1	2	0	0
Hirn nach Frankfurt	2	2	0	0
Organe insgesamt	29	22	15	3
Anzahl Sezierter, deren Organe versendet wurden	15	13	11	3

In den antwortenden Befundmitteilungen Marburgs, die, wie am Poststempel ersichtlich, oft erst Wochen nach erfolgter Sektion in Herborn eintrafen, finden sich oft Kommentare zu dem Zustand einzelner Präparate: Gelegentlich waren untersuchte Präparate schon ausgetrocknet oder teilweise verwest in Marburg angekommen und daher schlechter zu untersuchen.¹⁸⁴ Es bleibt ungeklärt, ob das daran lag, dass die Präparate vor dem Versand noch längere Zeit in Herborn verweilten oder in Marburg erst spät untersucht wurden. In welcher Art von Lösungen zur Konservierung die Präparate versendet wurden, ist nicht vermerkt.

Sowohl die HPA Herborn als auch das Pathologische Institut in Marburg (und vielleicht auch das Pathologische Institut der Universität Frankfurt) zogen also einen Nutzen aus der Korrespondenz. Die HPA Herborn konnte durch die Einschätzung des Pathologischen Instituts in Marburg die Todesursachen ihrer Verstorbenen aufklären und die Marburger Pathologen profitierten zusätzlich durch den Erhalt seltener forschungsrelevanter Präparate.

Wie aus den rechtlichen Grundlagen hervorgeht, scheint weniger ein eigener Forschungsansatz seitens der Ärzte der HPA Herborn bestanden zu haben. Es scheint

¹⁸⁴ z.B. wurde die Niere eines im Januar 1929 an Gehirnmembolie verstorbenen 49-Jährigen mit „Dementia praecox“ als nicht auswertbar befunden. Siehe Sektionsbuch 3.

vielmehr so, dass sämtliche Sektionen lediglich Standartausführungen kompletter Obduktionen a capite ad calces darstellten.

3.5. Krankenakten

Da neben dem Sektionsprotokoll und der Todesursache auch weitere Angaben über die Sezierten von Interesse waren (insbesondere das Alter, die Aufenthaltsdauer und die Diagnose) und die bereits aus den Protokollen erhobenen Daten verglichen werden sollten, wurden die Krankenakten der jeweils in den dokumentierten Jahren in Herborn Verstorbenen hinzugezogen.

**Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Herborn (Dillkreis).**

Kranken-Geschichte
des geisteskranken

Ludwig Sachs

aus *Frankfurt am*

geboren am *10^{ten} April 1882* zu *Oesfeld*

	Datum der Aufnahme	Datum des Abganges
1	<i>7. August 1913.</i>	<i>11. Oktober 1913. nach Frankfurt</i>
2	<i>22. Oktober 1913.</i>	<i>22. Juli 1930.</i>
3		
4		
5		
6		

Bild 4: Beispielhafter Umschlag einer Krankenakte von 1930

In diesen Akten wurden alle Eckdaten (wie Geburtsdatum, -ort, letzter Wohnort, Diagnose etc.) samt Details zum Aufenthalt in Herborn dokumentiert. Die Akte ist in einen

festen Umschlag eingelegt, die als Titelblatt und Einband fungierte, auf dem schon die wichtigsten Eckdaten vermerkt sind (Name der Anstalt, Name des oder der Erkrankten, Geburtsdatum und Ort, Wohnort, Eingangsdatum, Abgangsdatum und -grund).

In der Akte finden sich abgelegt Dokumente (wie beispielsweise Fotos des oder der Behandelten in der Klinik, Geburtsurkunden, Taufscheine, Versicherungsscheine, polizeiliche Führungszeugnisse und Totenscheine, auch Briefe von Angehörigen), aber auch notiert, z.B. wie viele Nahrungsmittel während des Klinikaufenthaltes verbraucht worden sind und was an Hab und Gut mit in die Klinik gebracht wurde.

In einem Teil wurde die Krankengeschichte dokumentiert. Diese beginnt meist mit einem standardisierten vorgedruckten Anamnese-Fragebogen, der von Klinikseite ausgefüllt wurde. War der Patient oder die Patientin zuvor in einer anderen Klinik untergebracht gewesen, beinhaltet die Akte gelegentlich auch Bögen und Verlaufskurven von dort.

Neben der Anamnese wurde der geistige Zustand beschrieben. In einigen Fällen wurden auch körperliche Eigenschaften festgehalten (wie z.B. das Gewicht). An dieser Stelle wurde auch dokumentiert, auf welcher Station der oder die Erkrankte untergebracht war oder wohin verlegt werden musste (z.B. bei zunehmender Unruhe).

Es kann also aus den Akten unter anderem herausgearbeitet werden, wie alt die Personen waren, woher sie stammten, wo sie zuvor gelebt hatten, wie lang ihr Aufenthalt in der Klinik dauerte und in den meisten Fällen auch ihre klinische Eingangsdiagnose, die für die Auswertung von besonderer Bedeutung ist. Die restlichen Informationen, die in den Akten zu finden sind, sind außer bei der beispielhaften Aufarbeitung einer Akte in Kapitel 5 unberücksichtigt geblieben, da sie für die Fragestellung der Arbeit zu weitreichend waren.¹⁸⁵

Bei der Durchsicht der Krankenakten zeigte sich, dass ihr Bestand teilweise nicht komplett ist. So fehlen z.B. in manchen Jahrgängen die Akten der gesamten Männer oder Frauen oder auch aller Männer oder Frauen, deren Nachname mit dem gleichen Buchstaben beginnt. Da die Akten im Archiv in Kisten nach Geschlecht, Abgangsjahr (beinhaltet Abgang wegen Entlassung, Versterben oder Entweichen) und zudem alphabetisch

¹⁸⁵ Beispielsweise wurden vor allem Details zum Kontakt mit Angehörigen, der oft postalisch erfolgte, aber auch durch vereinzelte Notizen des Personals nachvollziehbar war, sowie Details zur Therapie in dieser Arbeit nicht aufgearbeitet.

sortiert sind, liegt die Vermutung nahe, dass ganze Kisten bei Umzügen oder im Zuge anderer Forschungen verloren gegangen sein könnten.

Erstaunlich ist weiterhin, dass in wenigen Fällen aus den Krankenakten weitere Todesfälle hervorgingen, die in den Sektionsprotokollen nicht dokumentiert sind (siehe hierzu das Kapitel Ergebnisse der Sektionen jeweils zu jedem untersuchten Jahr). Dies ist deshalb verwunderlich, weil – wie schon erläutert – in den Sektionsprotokollen nicht nur tatsächlich sezierte Verstorbene, sondern auch diejenigen dokumentiert wurden, bei denen es nicht zur Sektion gekommen war.

4. Die Sektionen von 1911-1916 und 1927-1930

4.1. Methodische Vorüberlegungen

Es ergeben sich verschiedene Möglichkeiten der Herangehensweise an die Auswertung der Daten dieser Arbeit. Da es sich um eine historische Arbeit handelt, besteht der Anspruch, so wenig Interpretation wie möglich beim Sammeln und Aufarbeiten der Daten einfließen zu lassen. Zu versuchen, die damalige Nomenklatur direkt in den heutigen Kontext zu stellen, erbrächte eine Verzerrung der ursprünglichen Daten. Spätere medizinische Erkenntnisse würden fälschlicherweise nostrifizierend auf historische Krankheiten und Diagnosen übertragen, im Sinne einer vermeintlich durch „aktuelle Wissenschaft belegten“ retrospektiven Diagnose.¹⁸⁶ Selbstverständlich besteht letztlich ein Interesse daran, die Krankheitssituation der damaligen Zeit aus der heutigen Perspektive verstehen zu können und historisch zu deuten. Daher wird im Anschluss an die Zusammentragung und Auswertung der Daten zwar ein Kapitel der Interpretation der Krankheitsbezeichnungen zugedacht, diese aber durch Hinzuziehen damaliger zeitgenössischer Fachliteratur in ihren historischen Kontext gesetzt.¹⁸⁷ Es soll schließlich zu keinem Zeitpunkt außer Acht gelassen werden, dass Krankheiten als kulturell und historisch geformte und wandelbare Konstrukte angesehen werden müssen, sowohl in der Vergangenheit als auch in der Gegenwart und Zukunft.¹⁸⁸

Es wird folglich, soweit möglich, davon abgesehen, Erkrankungen oder Formulierungen in gemeinsame Kategorien zusammenzufassen, auch wenn sie den Anschein haben, verschiedene Formulierungen ein und derselben Diagnose bzw. Todesursache zu sein. Hierdurch sind im Umkehrschluss eventuell Begrifflichkeiten, die eigentlich zusammengehören könnten, *nicht* zusammengefasst.

Die verschiedenen Quellen, also Sektionsprotokolle und Akten, werden Jahr für Jahr aufgearbeitet. Es besteht in den einzelnen Jahren eine sehr unterschiedliche Fülle an Materialien, die sich auch inhaltlich sehr voneinander unterscheiden: So weichen

¹⁸⁶ Vgl. Leven, Karl-Heinz: Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas: Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main/New York, 1998, S. 153-185, hier S. 153.

¹⁸⁷ Vgl. Karenberg, Axel: Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. In: *Praque Medical Report*, Vol. 110 (2009) No. 2, S. 140-145, hier S. 144.

¹⁸⁸ Vgl. Krichel, Matthis: Potentiale und Kritik an der retrospektiven Diagnose in der Medizingeschichte. In: *NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, Bd. 27, Heft 2, 2019, S. 193-199, hier S. 198.

beispielsweise zunächst die Zahlen der Verstorbenen in den verschiedenen Jahren voneinander ab. Mal wurden mehr seziert, mal weniger. Aber auch die vorherrschenden Krankheiten waren teilweise andere. Außerdem sind die Daten von verschiedenen, mal besser mal schlechter leserlichen Handschriften dokumentiert, die in Einzelfällen kaum lesbar genug waren, um eine eindeutige Zuordnung zuzulassen.

Um die einzelnen Jahre genauer aufzuarbeiten und einen Rahmen für die Ergebnisse zu schaffen, werden Details, die z.B. aus den Verhandlungen des Landeskommunaltags Wiesbaden oder der Liste *Krankendbewegung* ersichtlich werden, zu Beginn eines jeden Kapitels einführend erläutert.

In den meisten untersuchten Jahren kommt es vor, dass Akten der in den Sektionsbänden dokumentierten Verstorbenen nicht auffindbar waren. In diesen Fällen sind lediglich die Personenangaben vorhanden, die sich im Sektionsprotokoll finden. Das ist meist nur der Name, der Todeszeitpunkt, ggf. das Sektionsprotokoll selbst mit Angaben zu in ein Pathologisches Institut eingesendeten Organen und die Todesursache. Selten wurde auch eine Diagnose hinzugefügt.

Die Kooperation mit dem Pathologischen Institut in Marburg und der Universität in Frankfurt am Main findet sich erst im zweiten untersuchten Zeitabschnitt ab 1927. Insgesamt verändert sich hier nochmals die Datenlage. Bei deutlich angewachsenen Krankenbeständen im Vergleich zum ersten untersuchten Zeitabschnitt zwischen 1911 und 1916 kam es folglich auch zu mehr Todesfällen. Es fehlen in den Jahren 1927, 1928, 1929 und 1930 bedauerlicherweise jeweils alle Akten der weiblichen „Abgänge“. Zudem kommen neue Diagnosen hinzu, die, wohl auch in Anbetracht der wissenschaftlichen Entwicklung, zuvor als solche noch nicht definiert waren.¹⁸⁹ Sowohl die Diagnosen als auch die Todesursachen sind erstmals breiter formuliert. Im Gegensatz zu den frühen Jahren werden oft mehrere Formulierungen einzelner Todesursachen aneinandergereiht, anstatt sich auf eine Begrifflichkeit als „Hauptdiagnose“ festzulegen. Beispielhaft lässt sich das an der Todesursache der „Erschöpfung“ beschreiben:

Ab dem Jahr 1915 liest sich erstmals in den Sektionsprotokollen die Todesursache „Erschöpfung“. Bis zum letzten untersuchten Jahr 1930 gehörte sie seither zu den häufigsten Todesursachen; in den Jahren 1915, 1916, 1927 und 1930 war sie sogar die

¹⁸⁹ Genauerer findet sich in den einzeln aufgearbeiteten Jahren.

häufigste. Im zweiten untersuchten Abschnitt ist die Umschreibung dann jedoch meist etwas differenzierter: So heißt es oft „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ oder auch „Erschöpfung bei Pneumonie“. In Einzelfällen folgen auch mehrere aneinandergereihte Todesursachen wie zum Beispiel im Jahr 1927 einmal: „Erschöpfung bei Schrumpfnieren und Pericarditis“. Hierdurch entsteht die Schwierigkeit, unter welcher Kategorie diese Formulierungen der Erschöpfung nun subsummiert werden können: War es tatsächlich die Erschöpfung, die zum Tode geführt hatte, oder wäre es aus medizinischer Perspektive nicht sinnvoller, bei „Erschöpfung durch Pneumonie“ die Pneumonie als Todesursache zu werten? Wie wäre es bei letzterem Fall? An der wahrscheinlich angeborenen Schrumpfnieren wird der Patient wohl nicht verstorben sein, wenn er sein bisheriges Leben lang schon damit gelebt hat – ist dann also die Perikarditis nicht die eigentliche Ursache? Aus heutiger Sicht wahrscheinlich schon. Obwohl es aus medizinischer Sicht sinnvoller erscheint, die einzelnen Formulierungen beim Auflisten inhaltlich genauer zu interpretieren,¹⁹⁰ musste die eindeutige Entscheidung gegen eine solche Vorgehensweise getroffen werden: Zu ungenau wäre diese und zu sehr würde die Auswertung aufgrund zeitlich versetzter Interpretation beeinflusst.

In allen bearbeiteten Jahren werden standardisierte Tabellen konzipiert, um die breite Fülle der Daten so übersichtlich wie möglich darzustellen und im Anschluss vergleichen zu können:

Zunächst wird aufgelistet, wie viele Personen verstorben und seziert bzw. nicht seziert worden waren – getrennt in weiblich, männlich und unbekanntes Geschlecht (wenn aufgrund der fehlenden Datenlage oder sehr unleserlicher Schrift kein Geschlecht zuzuordnen ist).

Da, wie zuvor schon beschrieben, häufig die Angabe der Sezierten in den Sektionsprotokollen und die im Archiv vorhandenen Akten der Verstorbenen nicht übereinstimmen, wird hierzu je eine Übersichtstabelle erstellt.

Den größten Anteil der Auswertungen bergen jedoch inhaltlich die Tabellen der Todesursachen. Hier sind (wieder nach Geschlechtern sortiert) einerseits die Todesursachen nach Häufigkeit aufgeführt und dann jeder oder jede daran Verstorbenene mit drei Haupt Eckdaten charakterisiert: Aufgeführt werden Alter, Diagnose und

¹⁹⁰ Der Tod an einer Pneumonie ist wohl oft als letztliche „Erschöpfung“ durch jene zu werten.

Aufenthaltsdauer. Ergänzende Anmerkungen, wie z.B., ob Organe in ein Pathologisches Institut geschickt wurden oder angemerkte Gründe für das Ausbleiben einer Sektion sind danach in Klammern vermerkt. Vereinzelt werden hier auch noch genauere Formulierungen der Todesursachen oder Diagnosen ergänzt. Um zudem zu verdeutlichen, wer seziert bzw. nicht seziert wurde, sind die Nicht-sezierten farblich hervorgehoben. In Fällen, in denen keine Akte zur Ergänzung der Daten vorlag, ist anstelle von Alter, Diagnose und Aufenthaltsdauer lediglich ein Gedankenstrich notiert. Diese Vorgehensweise veranschaulicht die sich unterscheidende und lückenhafte Datenlage.

Dieser aufwändige Aufbau der Tabelle wurde aus dem Grund gewählt, damit sich auf diese Weise verschiedene Daten querverbinden lassen: Beispielsweise lässt sich nachträglich herausarbeiten, woran alle von einer bestimmten Diagnose Betroffenen verstorben sind oder wie lange sie in der Anstalt waren, bevor sie hieran verstarben.

Die Namen der Verstorbenen bleiben in der Tabelle unerwähnt. Nur in der Auswertung gesondert erwähnte Fälle sind namentlich mit Quellenangabe in den Fußnoten erwähnt. Einfacher gehalten ist die jeweils folgende Tabelle, in der die Todesursachen aller Geschlechter numerisch zusammengefasst sind, um die Häufigkeiten zu veranschaulichen. Ebenso wird mit der Aufzählung der häufigsten Diagnosen verfahren, auch aus dem Grunde der schon vorhandenen Querverbindung zu der Haupttabelle der Todesursachen.

Bei ausreichender Datenlage wurden zudem Alterspyramiden zur Visualisierung der Altersverteilung bei Versterben erstellt.

Nach weiterer Recherche wurde deutlich, dass vor allem in Bezug auf die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises und der Syphilis die untersuchte Zeit bahnbrechende Neuerungen in der Nomenklatur und Ursachenforschung bzw. der Nosologie beinhaltete. Diese wurden jedoch vorerst nicht in den Klinikalltag der HPA Herborn mit eingebunden und stattdessen weiterhin die schon damals womöglich veralteten Krankheitsdefinitionen genutzt. Verschiedene Begriffe, denen z.B. schon nach damaligem Wissensstand ein syphilitischer Ursprung zugeschrieben wurde, wurden trotzdem mit ihren ursprünglichen Umschreibungen in die Auswertungen einbezogen – ihre Interpretation folgt erst im Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext.

4.2. Sektionen im Jahr 1911

Das Jahr 1911 war das Eröffnungsjahr der HPA Herborn. Die ersten Patienten und Patientinnen wurden im Juni aufgenommen. Im selben Monat gab es schon den ersten Todesfall, hervorgerufen durch „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“. Dieser verstorbene Patient sollte zwar seziert werden, jedoch war die Klinik noch nicht ausreichend fertiggestellt. So notiert „Dr. E“, der, wie zuvor ausgeführt, wohl als Dr. Erk zu deuten ist, in das neu begonnene Sektionsbuch neben den dokumentierten Todesfall: *„Die Sektion konnte nicht gemacht werden, weil der Sektionsraum noch nicht fertiggestellt. Dr. E“*¹⁹¹

Erst am 18. Oktober desselben Jahres fand die erste Sektion statt. Neun weitere Verstorbene konnten bis dahin nicht obduziert werden. Da im verbleibenden Jahr lediglich eine weitere Patientin verstarb, wurden im Gründungsjahr 1911 nur zwei von insgesamt zwölf Verstorbenen seziert. Beide waren an den Folgen einer Tuberkulose verstorben.

Der Klinikdirektor Dr. Snell schrieb 1913 bezüglich der Todesfälle im ersten Klinikjahr:

*„In dem Eröffnungsjahr richtete sich die Sterblichkeit wesentlich nach dem körperlichen Zustand der aus den anderen Anstalten in die hiesige überführten Patienten. Entsprechend dem großen Prozentsatze von den Kranken mit vorgeschrittener Paralyse und hochgradigem Siechtum war die Zahl der Todesfälle eine hohe.“*¹⁹²

Insgesamt kamen ab der Gründung bis zum 1. April 1912 251 Erkrankte zur Pflege und Behandlung in die HPA Herborn.¹⁹³ Nach den regulären Zugängen und Abgängen (durch Entlassung und Versterben) waren am Ende des ersten Quartals 1912 noch 209 Patienten und Patientinnen in der Anstalt. Diese Zahlenangabe erfolgte im Rahmen von Jahresberichten, welche die Klinik (und viele weitere öffentliche Institutionen) über den Werdegang der Klinik an die Kommunalverwaltung in Wiesbaden meldete. Sie scheinen zunächst jeweils nach dem ersten Quartal eines jeden Jahres erfasst worden zu sein, sodass sie nicht mit denen eines Kalenderjahres übereinstimmen.

¹⁹¹ Sektionsbuch 1, Todesdatum 24.7.1911, Rothbrust, Wilhelm.

¹⁹² VKW 47 (1913), S. 442.

¹⁹³ Vgl. ebd., S. 437.

Tabelle 3: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1911

	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	7	1	6
Frauen	5	1	4
Insgesamt	12	2	10

Tabelle 4: Todesursachen der verstorbenen Männer 1911 (Patienten, die nicht seziert wurden, sind **rot** geschrieben)

Todesursachen	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Marasmus paralyticus	2	–, –, – 55, Dementia paralytica, 1,3m
Paralytischer Anfall	2	–, –, – –, –, –
Tuberkulose	1	–, –, – (Lungen- und Darm Tbc) (erste Sektion [L.F.])
Gehirnlähmung im paralytischen Anfall	1	–, –, –
Marasmus senilis	1	–, –, –
Gesamt	7	

Anmerkung: Bei den an Tuberkulose Verstorbenen ist hier (und in den folgenden Tabellen) in Klammern vermerkt, welche Form der Tuberkulose im Sektionsprotokoll genannt wurde.

Tabelle 5: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1911 (Patientinnen, die nicht seziert wurden, sind **rot** geschrieben)

Todesursachen	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Tuberkulose	2	–, –, – (tuberkulöse Pneumonie) –, –, – (Bauchfell-Tbc)
Altersschwäche	1	–, –, –
Marasmus senilis	1	–, –, –

Pneumonie	1	68, Dementia senilis, 9d
Gesamt	5	

Anmerkung: Bei zehn der insgesamt zwölf Verstorbenen konnten keine Akten gefunden werden, weshalb die Angaben zu Alter, Diagnose und Aufenthaltsdauer unvollständig bleiben (in der Tabelle mit „–“ vermerkt).

Aussagen über die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, häufigste Diagnosen sowie Altersverteilung der Verstorbenen können daher in diesem Jahr nicht getroffen werden.

Tabelle 6: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1911

Todesursachen	Anzahl Verstorbener
Tuberkulose	3
Marasmus senilis	2
Paralytischer Anfall	2
Marasmus paralyticus	2
Gehirnlähmung im paralytischen Anfall	1
Altersschwäche	1
Pneumonie	1
Insgesamt	12

Auswertung des Jahres 1911:

Nach Eröffnung der Klinik Herborn wurden Patienten und Patientinnen aus anderen psychiatrischen Häusern übernommen, vor allem aus der *Anstalt für Irre und Epileptische* in Frankfurt am Main. In den Quellen wird darauf hingewiesen, dass diese vorwiegend schon seit Jahren an ihren Erkrankungen litten und körperlich sehr geschwächt waren.¹⁹⁴ Wie einleitend beschrieben, erklären sich dadurch die ersten frühen Todesfälle direkt nach Eröffnung der Klinik.

Da kaum Akten der Verstorbenen dieses Jahrgangs vorhanden waren, bleibt unklar, welche Diagnosen die Betroffenen zuvor in die Klinik gebracht hatten. Die beiden einzigen vorhandenen Akten geben aber weitere Einzelheiten preis: Die erste gehörte zu einer 68-jährigen aus Herborn-Seelbach stammenden Patientin mit der Diagnose „Dementia

¹⁹⁴ Vgl. VKW 49 (1915), S. 428.

senilis“, die am 21.08.1911 in der Anstalt aufgenommen worden war und nur neun Tage später schon an einer Pneumonie verstarb.¹⁹⁵

Die zweite Akte gehörte zu einem 55-jährigen Patienten aus Hadamar mit „Dementia paralytica“, der am 23.08.1911 aufgenommen worden war und am 01.10.1911 an „Marasmus paralyticus“ verstarb.¹⁹⁶ Beide konnten noch nicht seziert werden. Eine „Dementia paralytica“ wurde in der zeitgenössischen Fachliteratur definiert als:

„Die fortschreitende allgemeine Paralyse der Irren, eine stets mit dem Tod endigende Geisteskrankheit, bei welcher mit allmählichem Verfall der Geisteskräfte eine stetig zunehmende allgemeine Lähmung, namentlich Sprach- und Gangstörungen, verbunden sind. Man kann eine melancholische (hypochondrische), eine von Anfang an als Blödsinn auftretende demente Form (ohne wesentliche Wahnvorstellungen), eine expansive (mit Euphorie und Größenideen) und eine agitierte (mit Erregungszuständen) unterscheiden. [...] Eigentümlicher Größenwahn und apoplektiforme Anfälle sind charakteristische Symptome. Die Ursache ist eine syphilitische Erkrankung des Gehirns.“¹⁹⁷

Dass nur zwei Sektionen durchgeführt wurden, erklärt sich, wie beschrieben, dadurch, dass der Sektionsraum erst im Oktober 1911, vier Monate nach Eröffnung der Klinik, fertig gestellt wurde. Die trotz ausgebliebener Sektionen notierten, recht allgemein gehaltenen Todesursachen sind folglich lediglich aus den klinischen Symptomen abgeleitet worden. Erst bei den Sezierten wurden genauere Todesursachen vermerkt: Bei dem ersten zeigte sich eine Lungen- und Darmtuberkulose¹⁹⁸, bei der zweiten eine Bauchfelltuberkulose¹⁹⁹.

Das zweite Protokoll wurde, wie an der Handschrift erkennbar, durch Dr. Erk niedergeschrieben. Wer das erste geschrieben hat, bleibt unklar. Die Vorgehensweise der Sektion ist gleich zu Beginn an klar standardisiert, wie im Kapitel Zum Material beschrieben.

¹⁹⁵ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 30.08.1911, Herrmann, Caroline und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1911, weiblich.

¹⁹⁶ Vgl. ebd., Todesdatum 01.10.1911, Bopp, Peter Josef und zugehörige Akte.

¹⁹⁷ Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. Zusammenstellung der in der Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung. Leipzig, 1914, S. 105. Hierzu mehr im Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext.

¹⁹⁸ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 18.10.1911, Schaller, Josef.

¹⁹⁹ Vgl. ebd., Todesdatum 26.11.1911, Müller, Vorname unleserlich (weiblich).

4.3. Sektionen im Jahr 1912

Bis Ende März 1912 lag der Gesamtbestand an in der HPA Herborn Behandelten bei 209, von denen 118 männlich und 91 weiblich waren.²⁰⁰ Ende März 1913 waren es dann bereits 315.²⁰¹

Tabelle 7: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1912

	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	16	16	0
Frauen	23	22	1
Insgesamt	39	38	1

Tabelle 8: Todesursachen der verstorbenen Männer 1912

Todesursache	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Gehirnlähmung	7	33, Dementia paralytica, 1a 3,1m 34, Dementia paralytica, 9,2m 39, Dementia paralytica, 9,1m 47, Dementia paralytica, 5,1m 55, Dementia paralytica, 3m 58, Dementia paralytica, 3,3m 79, Dementia arteriosclerotica, 12d
Pneumonie	5	30, Dementia praecox katatonica, 9,6m 39, Dementia paralytica, 2,8m 43, Epilepsie mit Seelenstörung, 2,4m 57, Dementia arteriosclerotica, 8,1m ("Pneumonie infolge Gehirnlähmung (Paralyse)")* 74, Dementia arteriosclerotica, 1,3m
Marasmus paralyticus	2	38, Dementia paralytica, 7,7m –, Dementia paralytica, 9,4m

²⁰⁰ Vgl. VKW 46 (1912), S. 368 und VKW 47 (1913), S. 437.

²⁰¹ Die Anzahl der Patienten und Patientinnen ist neben den Angaben in den Klinikberichten der VKW jeweils der Liste *Krankenbewegung* entnommen.

Aortitis luetica	1	34, Paralyse, 4,5m
Hirntumor (Gumma)	1	40, Dementia paralytica, 8,5m
Gesamt	16	

Anmerkung: *In der Klammer ist eine Notiz aus dem im Sektionsbuch beschriebenen Fall ergänzt.

Tabelle 9: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1912 (die einzige Verstorbene, die vermutlich nicht seziert wurde, ist **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Monate(m), Tage(d))
Tuberkulose	4	29, Dementia praecox, 4d (Lungen- & Darm-Tbc) 32, Dementia paranoides, 1,3m (Lungen- & Darm-Tbc) 35, Hysterie, 4,6m (Lungen-Tbc) 41, Dementia paralytica, 6,1 (Lungen-Tbc)
Gehirnlähmung	3	26, Dementia paralytica, 1,1m 45, Dementia paralytica, 2d 53, Lues, 3d
Pneumonie	3	25, Imbecillität, 8,8m 49, Katatonie, 8,9m 62, –, 12,1m
Altersschwäche	3	72, Dementia senilis, 6,3m 74, Dementia senilis, 1a 3,8m 86, Dementia senilis, 8,5m
Herzlähmung	2	50, Lues, 8,9m (Myokarditis luetica) 57, Dementia arteriosclerotica, 12,1m
Arteriosklerose/ Arterienverkalkung	2	60, –, 1,9m 66, Dementia arteriosclerotica, 6d
Pleuritis	1	24, –, 7,6m
Marasmus paralyticus	1	51, Lues, 3,1m
Myocarditis chronica	1	77, –, 1,9m
Marasmus senilis	1	75, Dementia senilis, 3d

unbekannt	2	18, Manie/Hebephrenie, 5m 57, –, 9,6m
Gesamt	23	

Anmerkung: Wie im Vorjahr ist bei den an Tuberkulose Verstorbenen in Klammern vermerkt, welche Form der Tuberkulose in den Sektionsprotokollen genannt wurde. Beim Fall der an „Herzlähmung“ verstorbenen Patientin mit „Lues“ ist in Klammern eine notierte Diagnose aus dem im Sektionsbuch beschriebenen Fall ergänzt.

Tabelle 10: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1912

Todesursachen	Anzahl Männer & Frauen
Gehirnlähmung	10
Pneumonie	8
Tuberkulose	4
Marasmus paralyticus	3
Altersschwäche	3
Herzlähmung	2
Arteriosklerose/Arterienverkalkung	2
Pleuritis	1
Myocarditis chronica	1
Marasmus senilis	1
Hirntumor (Gumma)	1
Aortitis luetica	1
unbekannt	2
Gesamt	39

Tabelle 11: Diagnosen der Verstorbenen 1912

Diagnosen	Männer	Frauen	Anzahl gesamt
Dementia paralytica	10	3	13
Dementia arteriosclerotica	3	2	5
Dementia senilis	0	4	4
Lues	0	3	3

Dementia praecox	1	1	2
Paralyse	1	0	1
Dementia paranoides	0	1	1
Katatonie	0	1	1
Hysterie	0	1	1
Imbecillität	0	1	1
Manie, Hebephrenie	0	1	1
Epilepsie mit Seelenstörung	1	0	1
unbekannt	0	5	5
Gesamt	16	23	39

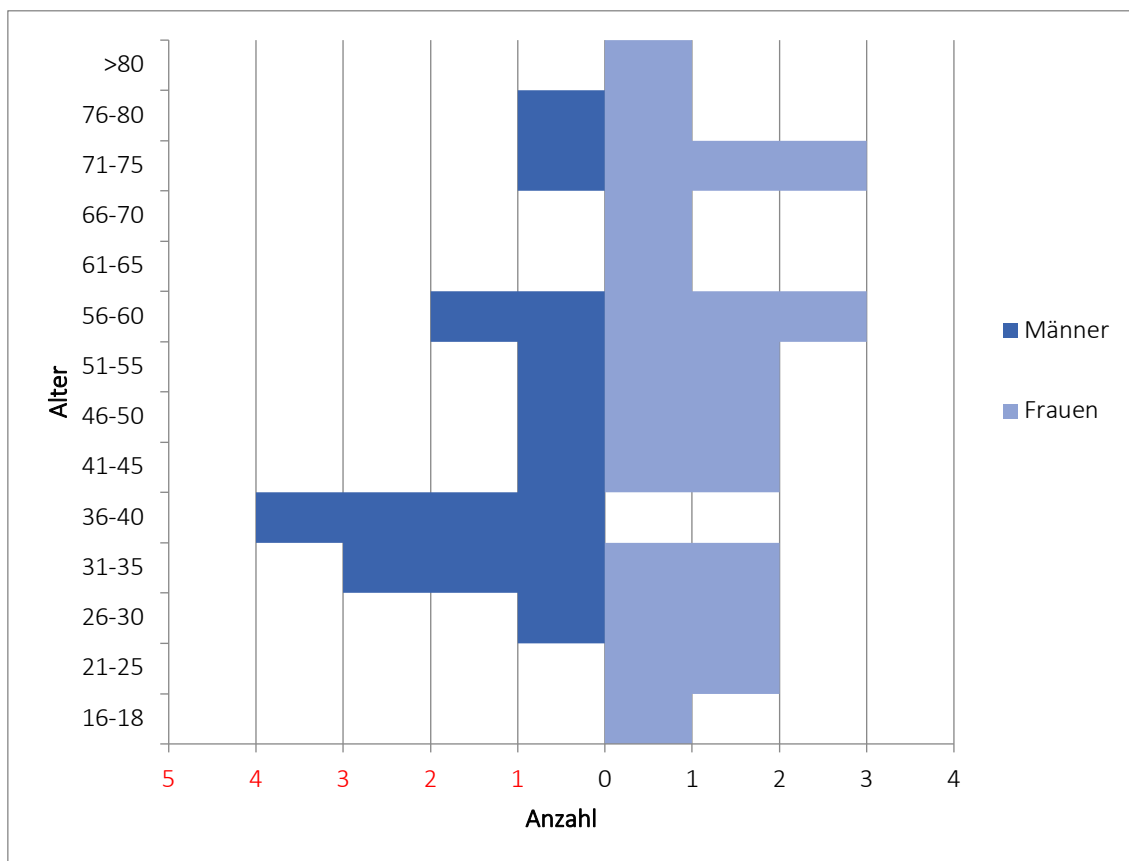


Diagramm 1: Alterspyramide der Verstorbenen 1912

Anmerkung: Das Alter eines Mannes, dessen Geburtsdatum nicht klar leserlich war, bleibt im Diagramm unberücksichtigt.

Auswertung des Jahres 1912:

Im Jahr 1912 wurden in den Akten 39 Todesfälle dokumentiert, jedoch im Sektionsbuch nur 38. Der Tod einer 18-jährigen Patientin, die an „Hebephrenie“ litt, seit August 1911 in der Anstalt war und im Januar 1912 an unklarer Ursache verstarb, konnte nur aus der Akte entnommen werden.²⁰² Im Sektionsbuch wird sie nicht aufgeführt – folglich kam es bei ihr wohl zu keiner Sektion. Der Grund hierfür bleibt unbekannt. Diese Patientin war zudem auch die jüngste Verstorbene im Jahr 1912.

Da ansonsten aber 38 der 39 Verstorbenen seziert wurden, scheint der Sektionssaal routinemäßig genutzt worden zu sein.

Die häufigste Todesursache ist mit 10 Fällen und damit fast 25% „Gehirnlähmung“ (dieser Begriff wird im Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext näher erläutert), dicht gefolgt von 8 Fällen mit Pneumonien. Die Tode durch eine Pneumonie fallen eher in die Sommermonate (insgesamt sechs Fälle in April, Mai und Juli und nur zwei im Oktober und November).

Die häufigste Diagnose insgesamt ist mit 33% „Dementia paralytica“ – eine heute nicht mehr gängige Diagnose. Gerade bei den Männern kam diese Erkrankung auffallend häufig vor: bei 10 der insgesamt 16 verstorbenen Männern war zu Lebzeiten diese Diagnose gestellt worden – also bei 62% aller verstorbenen Männer. Bei den Frauen litten mehr an „Dementia senilis“ (17% aller verstorbenen Frauen). Auffällig ist auch, dass an manchen Todesursachen fast ausschließlich Personen mit „Dementia paralytica“ verstarben: Von den 10, die an „Gehirnlähmung“ verstorben sind, litten 8 an „Dementia paralytica“. Eine Patientin litt an „Lues“ und ein Patient an „Dementia arteriosclerotica“. Beide Patienten, die an „Marasmus paralyticus“ verstarben, hatten die Diagnose „Dementia paralytica“, die Patientin litt an „Lues“. Die syphilitische Todesursache „Aortitis luetica“ traf einen Patienten mit der Diagnose „Paralyse“, und der Tod durch Hirntumor wird mit dem Zusatz „Gumma“, also einem syphilitischen Tumor (siehe Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext), versehen und betraf auch einen Patienten mit „Dementia paralytica“. Es scheint also verschiedene Todesursachen gegeben zu haben, die auf eine syphilitische Grunderkrankung folgten. Andererseits verstarben natürlich auch an

²⁰² Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1912, weiblich, Stanze, Elisabeth, geb. 06.07.1893, Todesdatum: 15.01.1912.

„Dementia paralytica“ Erkrankte durch andere Ursachen wie eine Pneumonie oder eine Tuberkulose.

Die kürzeste Aufenthaltsdauer der Männer lag bei nur 12 Tagen, die längste bei einem Jahr und 3 Monaten. Als mittlere Aufenthaltsdauer ergibt sich etwa ein halbes Jahr.

Bei den Frauen war der kürzeste Aufenthalt sogar nur 2 Tage lang. Diese betraf eine 45-jährige Patientin, die mit einer „Dementia paralytica“ an einer „Gehirnlähmung“ verstarb.²⁰³ Eine 53-jährige Frau mit der Diagnose einer „Lues“ verstarb auch nach nur 3 Tagen an einer „Gehirnlähmung“.²⁰⁴ Der längste Aufenthalt lag ähnlich wie bei den Männern bei einem Jahr und fast 4 Monaten. Die mittlere Aufenthaltsdauer der Frauen betrug auch 5,5 Monate. Zusammenfassend verbrachten die Patienten und Patientinnen also bis zu ihrem Versterben durchschnittlich etwa ein halbes Jahr in der Anstalt.

Bei der Verteilung der Altersgruppen fällt auf, dass die verstorbenen Männer eher jünger waren, während die Altersverteilung der verstorbenen Frauen recht ausgeglichen war. Die jüngste verstorbene Patientin war die schon erwähnte 18-jährige. Die älteste war eine Patientin, die mit 86 Jahren an Altersschwäche verstarb, nachdem sie 8 Monate in Herborn verbracht hatte.²⁰⁵

Am Schriftbild wird deutlich, dass die Sektionsprotokolle von drei verschiedenen Personen niedergeschrieben wurden. Beim größten Teil wurden nachträglich die Todesursachen von Dr. Erk ergänzt.

²⁰³ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 06.07.1912, Wolf, Henriette und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1912, weiblich.

²⁰⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 06.05.1912, Häuser, Maria und zugehörige Akte.

²⁰⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 16.10.1912, Beck, Christine und zugehörige Akte.

4.4. Sektionen im Jahr 1913

Bis Ende März 1913 war die Anzahl an Patienten und Patientinnen auf insgesamt 315 gestiegen, von denen 175 männlich und 140 weiblich waren.²⁰⁶ Ende März 1914 waren es dann insgesamt schon 448.

Im Bericht bezüglich des Jahres 1913 schrieb Dr. Snell:

„Auch in diesem Jahr wurden wieder viele hochbetagte Kranke mit seniler Geistesstörung und Paralytiker in vorgeschrittenem Stadium der Erkrankung zugeführt, letztere größtenteils aus der städtischen Irrenanstalt in Frankfurt a. M. Hierdurch erklärt sich die hohe Zahl der Todesfälle.“²⁰⁷

Zwar war die HPA Herborn zunächst als moderne Therapieeinrichtung geplant worden, jedoch kamen nur wenige besser situierte „Selbstzahlende“ und kaum frisch Erkrankte. Es wurden stattdessen besonders chronisch und als „ungeheilt“ eingestufte Kranke vor allem aus der permanent überfüllten Frankfurter *Städtischen und Universitätsklinik für Gemütskranke und Nervenkranken* (bis 1914 *Anstalt für Irre und Epileptische*) nach Herborn verlegt.²⁰⁸ Daher bemängelte der Direktor:

„Leider ist die Aussicht, daß hiesiges Krankenmaterial sich bessert, recht gering.“²⁰⁹

Zudem machte er sich Gedanken um die klimatischen Unterschiede zwischen den Standorten der zuweisenden Kliniken und Herborn: das Herborner Klima habe einen eher negativen Einfluss auf Patienten und Patientinnen, die neben ihrem Einweisungsgrund zusätzlich an Lungentuberkulose erkrankt waren. Zwar wurde der Standort der Klinik während der Planungszeit mit Bedacht in Herborn gewählt, da das Klima dort als besonders günstig für Tuberkulose-Kranke befunden wurde, doch habe sich diese Annahme nicht bestätigt: Deren Zustand würde sich in Herborn nämlich verschlechtern, wenn sie sich zuvor in günstigeren Klimaverhältnissen aufgehalten hätten. Gleichzeitig profitierten aber von anderen Krankheiten Betroffene davon, dass die Temperatur nach heißen Tagen nachts runterkühle.²¹⁰ Es scheint schon bei der Planung der HPA Herborn bedacht worden zu sein, dass viele Kranke zusätzlich zu ihrer psychischen Erkrankung an einer Tuberkulose erkrankt sein würden. Zu Beginn des 20. Jahrhundert verstarben etwa

²⁰⁶ Vgl. VKW 49 (1915), S. 423.

²⁰⁷ Ebd., S. 428.

²⁰⁸ Vgl. Vanja: Arbeitstherapie 1911, S. 73.

²⁰⁹ VKW 49 (1915), S. 431.

²¹⁰ Vgl. ebd., S. 428.

20% der Erwachsenen an einer Tuberkulose. Damit war die Tuberkulose nach Erkrankungen des Herz- und Kreislaufsystems die zweithäufigste Todesursache im Deutschen Reich.²¹¹ Diese Erkrankung bei der Planung einer Heil- und Pflegeanstalt also zu bedenken, scheint in Hinblick auf diese Verbreitung nachvollziehbar.

Tabelle 12: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1913

	Verstorben	Seziert	Nicht Seziert
Männer	22	22	0
Frauen	20	20	0
Insgesamt	42	42	0

Tabelle 13: Todesursachen der verstorbenen Männer 1913

Todesursache	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Paralyse	6	36, Dementia paralytica, 1a 1,2m 37, Lues, 1a 2,4m 46, Dementia paralytica, 1a 7,5m 49, Dementia paralytica, 1a 59, Dementia paralytica, 1a 1,8m 62, Dementia paralytica, 1a 1,1m
Gehirnlähmung	4	33, Dementia paralytica, 1a 11,4m 42, Dementia paralytica, 5,5m 43, Dementia paralytica, 2,4m 46, Dementia paralytica, 1a 4,5m
Paralytischer Anfall	2	40, Dementia paralytica, 2m 46, Dementia paralytica, 7,1m
Tuberkulose	2	33, Dementia praecox, 2a 1,9m (Lungen Tbc) 34, Dementia praecox a.e. durch Alkoholmissbrauch, 1,6m (Lungen Tbc)
Pneumonie	1	65, Epilepsie mit Dämmerzuständen, 10,3m

²¹¹ Vgl. Spree, Reinhard: Gesundheitswesen, in: Rahlf, Thomas (Hg.): Deutschland in Daten. Bonn 2015, S. 74-87, hier S. 81, 82.

Gehirnlähmung bei progressiver Paralyse	1	32, Dementia paralytica, 4,3m
progressive Paralyse	1	40, progressive Paralyse, 2,1m
Hirnblutung bei Arteriosklerose	1	57, Dementia senilis, 2a 7d
Status epilepticus	1	27, Epilepsie, 1a 8,8m
Status	1	29, Lues cerebri mit epileptischen Anfällen, 6,8m
Gehirnlähmung infolge Tumors	1	47, chron. Alkoholismus, 1a 7,2m
unbekannt	1	36, Imbecillität bei chron. Alkoholismus, 2a 5,4m
Gesamt	22	

Tabelle 14: Todesursachen der verstorbenen Frauen im Jahr 1913

Todesursache	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Marasmus senilis	3	55, Erschöpfungspsychose mit katatonischen Symptomen, 1,1m 70, Senium (Amaurose), 1,9m 80, Arteriosklerose im Hirn, 10,8m
Altersschwäche	2	64, Dementia arteriosclerotica, 1a 2,4m 65, Dementia senilis (Arteriosklerose), 1,4m
Tuberkulose	2	44, manisch-depressives Irresein, 11,1m (Lungen- und DarmTbc) 72, Dementia senilis, 1a 4,5m (Pleuritis tubercul.)
progressive Paralyse	2	33, Paralyse, 1a 3,9m 57, Lues, 1a 4d
Myokarditis	2	36, –, 8d 52, Paranoia chronica, 2a 2,3m
Pneumonie	2	42, –, 1d 69, Dementia arteriosclerotica, 1a 3,4m

Gehirnlähmung bei progressiver Paralyse	2	35, Lues cerebrosinalis, 11,1m 55, Dementia paralytica, 0d
Gehirnlähmung	1	55, Dementia paralytica, 1a 3,3m
Nieren- & Blasenentzündung	1	38, Hysterie, 4d
Thrombose im Pfortaderkreislauf	1	32, Manie, 6m
Status epilepticus	1	65, Epilepsie, 1a 3,1m
unbekannt	1	49, Katatonie, 1a 9,4m
Gesamt	20	

Anmerkung: Wieder sind bei den an Tuberkulose Verstorbenen in Klammern die Ausprägungsformen notiert. Weiterhin sind bei anderen Todesursachen in Klammern Notizen und Ergänzungen der Diagnosen vermerkt.

Tabelle 15: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1913

Todesursachen	Anzahl Männer & Frauen
Paralyse	6
Gehirnlähmung	5
Tuberkulose	4
Gehirnlähmung bei progressiver Paralyse	3
Marasmus senilis	3
Pneumonie	3
progressive Paralyse	3
Altersschwäche	2
Myokarditis	2
paralytischer Anfall	2
Status epilepticus	2
Hirnblutung bei Arteriosklerose	1
Gehirnlähmung infolge Tumors	1
Nieren- & Blasenentzündung	1

Status	1
Thrombose im Pfortaderkreislauf	1
unbekannt	2
	42

Tabelle 16: Diagnosen der Verstorbenen 1913

Diagnosen	Männer	Frauen	Anzahl gesamt
Dementia paralytica	12	2	14
Lues	2 (1x „Lues cerebri mit epileptischen Anfällen“)	2 (1x Lues cerebrospinalis)	4
Epilepsie	2	1	3
Dementia senilis	1	2	3
Dementia praecox	2	0	2
Dementia arteriosclerotica	0	2	2
progr. Paralyse	1	0	1
chron. Alkoholismus	1	0	1
Imbecillität	1	0	1
Paralyse	0	1	1
Erschöpfungspsychose mit katatonischen Symptomen	0	1	1
Senium mit Amaurose	0	1	1
Arteriosklerose im Hirn	0	1	1
manisch-depressives Irresein	0	1	1
Paranoia chronica	0	1	1
Hysterie	0	1	1
Manie	0	1	1
Katatonie	0	1	1
unbekannt	0	2	2
Gesamt	22	20	42

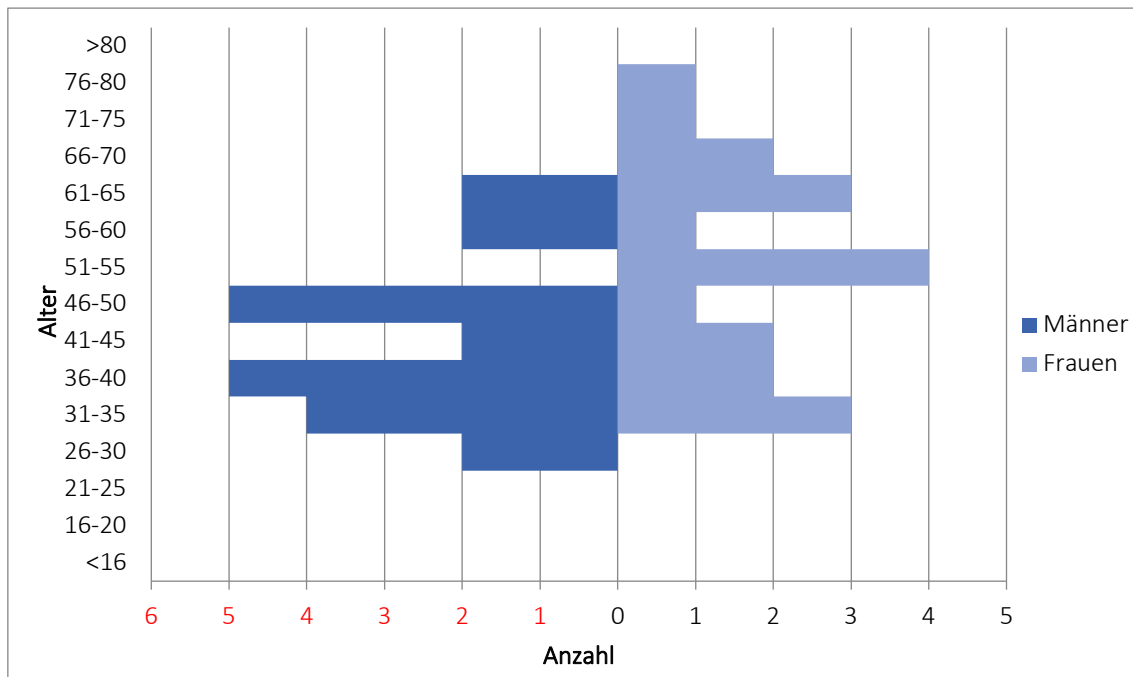


Diagramm 2: Alterspyramide der Verstorbenen 1913

Auswertung des Jahres 1913:

Die häufigste Todesursache insgesamt ist im Jahr 1913 mit 14% „Paralyse“, gefolgt von „Gehirnlähmung“ mit 12% und Tuberkulose mit knapp 10%. Neben „Gehirnlähmung“ ohne weitere Erläuterung findet sich in diesem Jahr auch „Gehirnlähmung bei progressiver Paralyse“ und einmal „Gehirnlähmung infolge Tumors“. Richtet man einen Blick auf die Todesursachen nur der Frauen, ist die häufigste mit 15% „Marasmus senilis“. Auffällig ist bei den Diagnosen wieder der hohe Anteil an Männern mit „Dementia paralytica“ (etwas mehr als die Hälfte aller männlichen Verstorbenen litt hieran). Wie schon im Vorjahr fällt auf, dass alle hieran Erkrankten an „Paralyse“, „Gehirnlähmung“, „Gehirnlähmung bei progressiver Paralyse“ oder an einem „paralytischen Anfall“ verstarben. Weitere an diesen Todesursachen Verstorbene hatten als Diagnosen „Paralyse“, „progressive Paralyse“, „Lues“, „Lues cerebri“ oder „Lues cerebrospinalis“.

Der Bericht Dr. Snells bezüglich des Allgemeinzustandes der übernommenen Kranken aus umliegenden Anstalten spiegelt sich deutlich in einigen Aufenthaltsdauern vor allem der Frauen wider: Eine 55-jährige Patientin mit „Dementia paralytica“ starb noch am Tag der

Aufnahme an „Hirnlähmung bei Progressiver Paralyse“.²¹² Eine weitere 42-Jährige verstarb am Tag nach Ankunft in der Anstalt an einer Pneumonie.²¹³ Es stellt sich hier die Frage, weshalb solch fortgeschritten Erkrankte überhaupt noch in eine andere psychiatrische Klinik verlegt wurden bzw. nicht in eine somatische Klinik eingewiesen wurden.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patientinnen bis zum Versterben betrug in diesem Jahr nur 9,8 Monate. Der längste Aufenthalt einer Patientin lag bei zwei Jahren und etwa zwei Monaten.

Bei den verstorbenen Männern betrug im Jahr 1913 die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 13 Monate. Der Patient mit dem längsten Aufenthalt vor Versterben war zwei Jahre und fünf Monate in der Anstalt, der mit dem kürzesten Aufenthalt immerhin noch eineinhalb Monate.

Bei der Altersverteilung zeigen sich kaum Verstorbene unter 30 Jahren (es gibt einen 27- und einen 29-jährigen Patienten, die beide wohl im Rahmen von epileptischen Anfällen verstorben sind;²¹⁴ die jüngste verstorbene Frau war eine 32-jährige manische Patientin, die einer Pfortaderthrombose erlag²¹⁵). Die älteste Patientin verstarb mit 80 Jahren an einem „Marasmus senilis“.²¹⁶

Im Jahr 1913 wurden alle dokumentierten Verstorbenen auch seziert. Auch waren alle dazugehörigen Akten vorhanden. Es scheint also eine regelmäßige und lückenlose Dokumentation geführt worden zu sein.

²¹² Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 29.12.1913, Titus, Katharina und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1913, weiblich.

²¹³ Vgl. ebd., Todesdatum 10.12.1913, Schnell, Helene und zugehörige Akte.

²¹⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 22.04.1913, Borchard, Wilhelm und Todesdatum 26.09.1913, Heil, Johann und die passenden Akten, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1913, männlich.

²¹⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 24.04.1913, Weissert, Marie und zugehörige Akte.

²¹⁶ Vgl. ebd., Todesdatum 01.07.1913, Flick, Sophia und zugehörige Akte.

4.5. Sektionen im Jahr 1914

Bis Ende März 1914 war die Anzahl an Patienten und Patientinnen weiter auf insgesamt 448 gestiegen, von denen 234 männlich und 214 weiblich waren.²¹⁷ Ende März 1915 waren es dann schon 509.²¹⁸

Von den insgesamt 52 Todesfällen im Jahr 1914 wurden nur 31 einer Sektion zugeführt – alle vor dem 23. Juli. Als Begründung wurde ab dem ersten Ausfall einer Sektion am 7. August 1914 im Sektionsbuch vermerkt: „Autopsie wegen Pflegermangel unterblieben.“ Hier sei auf den Kriegsbeitritt des Deutschen Reiches am 28. Juli 1914 verwiesen, der bewirkt hat, dass viele Pfleger, aber auch Pflegerinnen an die Front zogen.²¹⁹ Hierdurch wurde, wie zuvor schon beschrieben, der Klinikbetrieb massiv beeinträchtigt.

Tabelle 17: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1914

	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	32	19	13
Frauen	21	12	9
Insgesamt	53	31	22

Tabelle 18: Todesursachen der verstorbenen Männer 1914 (Patienten, die nicht seziert wurden **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre(a), Monate(m), Tage(d))
Gehirnlähmung	8	–, –, – (Hirnlähmung, paralytischer Anfall)
		–, –, – (Hirnlähmung, Inanition)
		38, progressive Paralyse (Lues), 9,6m
		38, Dementia paralytica, 11,2m
		39, Dementia paralytica, 7,7m
		43, Dementia paralytica, 6,1m
		49, Tumor cerebri, 1,7m
		50, Dementia paralytica, 12d

²¹⁷ Vgl. VKW 49 (1915), S. 423.

²¹⁸ Vgl. Liste *Krankensbewegung*.

²¹⁹ Vgl. VKW 50 (1916), S. 444, 445.

		-, -, - 79, Dementia senilis, 2,6m 80, Dementia senilis, 10d 4 82, Dementia senilis, 2a 11,6m
Altersschwäche		
Herzlähmung		23, Hebephrenie, 9,2m 2 -, -, -
Tuberkulose		32, Epilepsie/Idiotie, 1a 4,7m (Lungen-Tbc) 2 45, Dementia paralytica, 1a 4,8m (Lungen-Tbc)
Marasmus paralyticus		35, Taboparalyse/Lues, 14d 2 40, Dementia paralytica, 5,8m
Herzbeutelwasser sucht		37, Epilepsie, 1,1m 2 44, Dementia praecox, 8,5m
Marasmus senilis		-, -, - 2 69, Dementia senilis, 1,2m
Status paralyticus		41, Dementia paralytica, 6m 2 45, Dementia paralytica, 1a 9,3m
Herzfehler		1 68, Dementia arteriosclerotica, 11,8m
Pneumonie		1 63, Dementia paralytica, 1a 4,6m (hypostatische Pneumonie)
Strangulation		1 55, Katatonie, 3,1m
Pleuritis		48, Delirium tremens, 1a 1,1m (Pleuritis purulenta bei 1 Paralyse)
Bronchitis		1 57, Dementia senilis, 2,3m (Bronchitis diffusa, Inanition)
Coronarsclerose		1 75, hypochondrische Paranoia, 3a 8d
Paralyse		1 43, Dementia paralytica, 2a 1,6m
unbekannt		1 21, Imbecillität/Hebephrenie, 21d
Gesamt	32	

Anmerkung: Wieder sind in dieser und der folgenden Tabelle bei den an Tuberkulose Verstorbenen in Klammern am Zeilenende die Ausprägungsformen notiert. Weiterhin sind bei anderen Todesursachen in Klammern Notizen und Ergänzungen der Diagnosen (direkt hinter der Diagnose) oder Todesursachen (am Zeilenende) vermerkt.

Tabelle 19: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1914 (Patientinnen, die nicht seziert wurden **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre(a), Monate(m), Tage(d))
Gehirnlähmung	5	26, Dementia praecox katatonica, 1a 4,4m 36, Dementia paralytica, 7,2m 48, Dementia paralytica, 1a 2,1m 55, Stupor bei Spätkatatonie, 11d 70, Dementia senilis, 1a 9,4m (Hirnlähmung, Apoplex)
Tuberkulose	3	32, Puerperalpsychose, 2a 20d (Lungen -Tbc) 35, Epilepsie, 12m (tuberkulöse Pneumonie) 56, Dementia paranoides, 2a 4,7m (Darm-Tbc)
Pneumonie	3	55, Katatonie, 1a 3,1m 68, Dementia senilis (Presbyophrenie), 6,7m 80, Dementia senilis, 23d
Herzschlag	2	52, Katatonie, 2m 75, Dementia senilis, 1,2m (Herzschlag bei Arteriosklerose)
Herzlähmung	2	44, periodisches Irresein, 2a 9,8m (Herzlähmung infolge Inanition) 49, akute hallucinöse Verwirrtheit/Kropfpsychose, 1d
Marasmus paralyticus	2	42, Dementia paralytica, 1a 8,3m 43, Dementia paralytica, 0d
Marasmus senilis	1	80, Dementia senilis, 7m
Status epilepticus	1	53, katatonische Verrücktheit/epileptische Seelenstörung, 2a 9d
Altersschwäche	1	62, Dementia senilis, 4m
unbekannt	1	46, Katatonie, 1a 5,9m
Gesamt	21	

Tabelle 20: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1914

Todesursachen	Anzahl Männer & Frauen
Gehirnlähmung	13
Tuberkulose	5
Altersschwäche	5
Herzlähmung	4
Marasmus paralyticus	4
Pneumonie	4
Marasmus senilis	3
Herzschlag	2
Status paralyticus	2
Herzbeutelwassersucht	2
Strangulation	1
Pleuritis	1
Bronchitis	1
Coronarsclerose	1
Paralyse	1
Herzfehler	1
Status epilepticus	1
unbekannt	2
Gesamt	53

Tabelle 21: Diagnosen der Verstorbenen 1914

Diagnosen	Männer	Frauen	Anzahl gesamt
Dementia paralytica	10	4	14
Dementia senilis	5	6	11
Katatonie	1	3	4
Epilepsie	2	1	3
Dementia praecox	1	1	2
Hebephrenie	1	0	1
progressive Paralyse	1	0	1
Tumor cerebri	1	0	1

Taboparalyse/Lues	1	0	1
Dementia arteriosclerotica	1	0	1
katatonische Verrücktheit und epileptische Seelenstörung	0	1	1
Delirium tremens	1	0	1
hypochondrische Paranoia	1	0	1
Imbecillität und Hebephrenie	1	0	1
Stupor bei Spätkatatonie	0	1	1
Puerperalpsychose	0	1	1
Dementia paranoides	0	1	1
periodisches Irresein	0	1	1
akute halluzinöse Verwirrtheit/Kropfpsychose	0	1	1
unbekannt	5	0	5
Gesamt	32	21	53

Anmerkung: Die Daten der Sektionsprotokolle und der Akten konnten nicht vollends abgeglichen werden, da die Akten der Männer alphabetisch ab den Nachnamen, die mit „S“ beginnen, fehlten. Dies betraf lediglich 5 Patienten, deren Diagnosen (sowie Alter und Aufenthaltsdauern) folglich unbekannt bleiben.

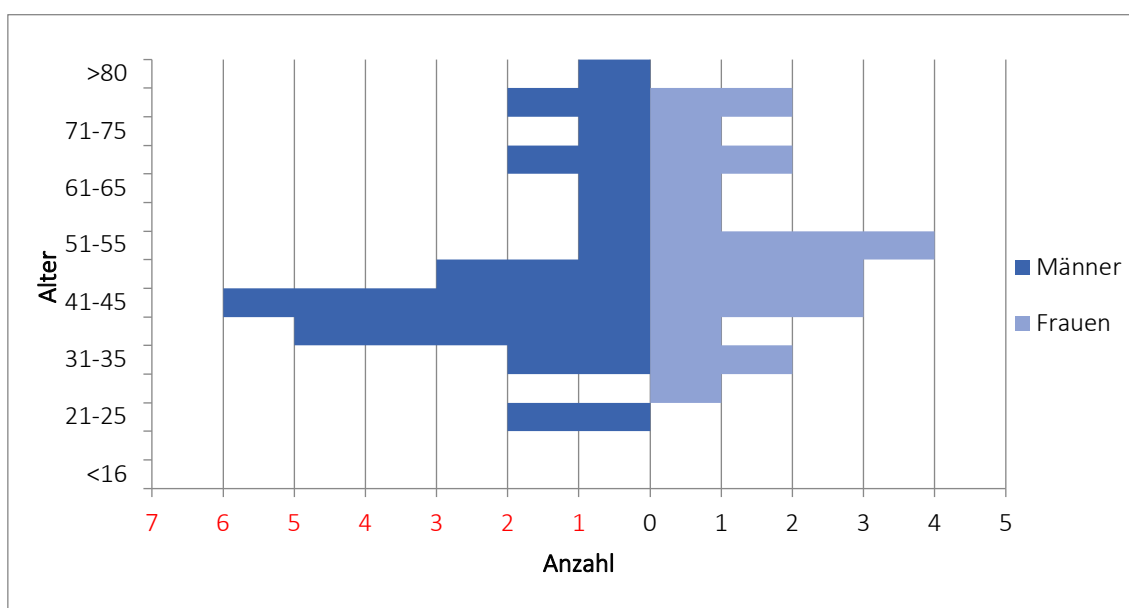


Diagramm 3: Alterspyramide der Verstorbenen 1914

Auswertung des Jahres 1914:

Im Jahr 1914 steht im Vordergrund, dass sich der Mangel an Pflegekräften, der die gesamte Klinik in jeglichen Bereichen betraf, auch in der Sektionspraxis bemerkbar macht. Dies wird auch als Grund für die aussetzenden Sektionen der Verstorbenen ab August angegeben.

Die häufigste Todesursache ist mit fast einem Viertel der Fälle „Gehirnlähmung“. An zweite Stelle treten mit jeweils fünf Betroffenen und damit ca. 10% Tuberkulose und „Altersschwäche“. An Gehirnlähmung verstarben in diesem Jahr zwar wieder viele syphilitisch Erkrankte (sechs mit „Dementia paralytica“ und mit „progressiver Paralyse“), aber auch Personen mit nicht-syphilitischen Diagnosen: Ein Mann litt an einem Hirntumor, wobei keine Angabe zur Entität gemacht wird oder, ob es sich um eine Gumma handelte. Bei den Frauen verstarb eine Patientin mit Stupor und eine mit „Dementia praecox katatonica“ an „Gehirnlähmung“. Bei einer weiteren Patientin mit „Dementia senilis“ wird bei der Todesursache noch neben der „Gehirnlähmung“ ein „Apoplex“ in Klammern erwähnt. „Gehirnlähmung“ als Todesursache scheint also nicht nur syphilitisch Erkrankte betroffen zu haben, sondern eine allgemeiner formulierte Ursache gewesen zu sein. Möglich wäre auch, dass die initial gestellte Diagnose nicht mehr aktuell war und die Todesursache sich daher nicht mehr direkt darauf bezog.

Zudem tritt gehäuft als Todesursache „Herzlähmung“ auf. Bei einem hieran verstorbenen Patienten bestand eine „Hebephrenie“. Eine der Diagnosen bleibt bei fehlender Akte unbekannt. Zwei weitere Personen, die an „Herzlähmung“ verstarben, litten an „periodischem Irresein“ bzw. an einer „akuten halluzinösen Verwirrtheit/Kropfpsychose“. Was diese Umschreibung der „Herzlähmung“ als Todesursache bedeutet, ist unklar. Sie wurde allerdings in anderen Kliniken, wie der Hamburger Langenhorner Klinik verwendet, um die Todesursachen der verhungerten Patienten und Patientinnen zu umschreiben und letztlich zu unterschlagen.²²⁰

Der 55-jährige Patient, der nach etwa 3 Monaten Aufenthalt an einer „Strangulation“ verstarb, litt an „Katatonie“.²²¹ Er scheint Suizid begangen zu haben. Der Fall wird in dem Jahresbericht der Klinikleitung jedoch nicht explizit erwähnt.

²²⁰ Vgl. Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. 1998, S. 47. Siehe dazu mehr im Kapitel Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext.

²²¹ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 13.06.1914, Eitzenhöfer, Johannes und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1914, männlich.

Die häufigste Diagnose ist wieder „Dementia paralytica“, mit diesmal 26%. Wieder sind deutlich mehr Männer betroffen als Frauen. An zweiter Stelle folgt „Dementia senilis“ mit 21%. Beim Blick auf die Todesursachen der Personen mit „Dementia paralytica“ fällt auf, dass viele ihrer syphilitischen Grunderkrankung erlagen: Sie verstarben an „Marasmus paralyticus“, „Status paralyticus“ und „Paralyse“. Ein genauso großer Anteil verstarb, wie schon erläutert, an „Gehirnlähmung“. Zwei verstarben jedoch auch an einer Lungen-Tuberkulose und einer Pneumonie.

Bei „Dementia senilis“ verhält es sich ähnlich: zwar verstarben hiervon Betroffene auch an Bronchitis, Pneumonie oder „Herzschlag“, jedoch weitestgehend auch an „Altersschwäche“ und „Marasmus senilis“.

In einem Fall fällt auf, dass einer 32-jährigen Patientin eine „Puerperalpsychose“ diagnostiziert worden war. Diese Patientin verstarb nach etwa zwei Jahren Aufenthalt an einer Lungen-Tuberkulose.²²² Diese Diagnose, die zu den „*Psychosen des Generationengeschäfts*“²²³ zählte, wurde auch Anfang des 20. Jahrhunderts im zeitlichen Zusammenhang der ersten psychischen Symptome zur Entbindung eines Kindes gesehen²²⁴ und als „*während der Schwangerschaft, im Wochenbett und während des Stillens auftretende Geistesstörungen*“²²⁵ definiert. Wie auch heute noch beobachtet, komme es in diesen Phasen rund um die Geburt zu „verschiedenen Formen des Irreseins“, wie dem „manisch-depressiven Irresein“ oder der „Dementia praecox“ – also durchaus eigenen Krankheitsentitäten, lediglich mit zeitlich assoziiertem Ausbruch zu dieser Zeit.²²⁶ Diese auch heute noch bestehende Definition ist deutlich abzugrenzen von der häufigen und meist benignen, passageren, depressiven Verstimmtheit, die als Post-partum-Verstimmung (auch „baby blues“) bezeichnet wird.²²⁷ Die Prognose der „Puerperalpsychose“ wurde als günstig befunden: Etwa die Hälfte der Betroffenen würde

²²² Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 15.01.1914, Giersbach, Minna und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1914, weiblich.

²²³ Aschaffenburg, Gustav: Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen (sic). In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 58, Berlin, 1901, S. 337-356, hier S. 338.

²²⁴ Vgl. Meyer, E.: Die Puerperalpsychosen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 48. Band, Berlin, 1911, S. 459-517, hier S. 487.

²²⁵ Jolly, Ph.: Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 48. Band, Berlin, 1911, S. 792-823, hier S. 792.

²²⁶ Vgl. Aschaffenburg: Formen der Wochenbettpsychosen (sic). 1901, hier S. 338.

²²⁷ Vgl. Baltzer, Jörg; Friese, Klaus; Graf, Michael; Wolff, Friedrich (Hrsg.): Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe: das komplette Praxiswissen in einem Band. Stuttgart/New York, 2004, S. 329.

genesen.²²⁸ Jedoch gab es, wie wohl in diesem Fall, durchaus immer wieder Patientinnen, die in eine Anstalt eingewiesen wurden und dort verblieben.²²⁹

Bei einer 68-jährigen Patientin, die nach etwa einem halben Jahr Anstaltsaufenthalt an einer Pneumonie verstarb, war neben der Diagnose „Dementia senilis“ in der Akte noch „Presbyophrenie“ vermerkt. Dieser Begriff beschrieb auch eine „*Geisteskrankheit des Greisenalters*“²³⁰, die sich durch Vergesslichkeit bei erhaltener Aufmerksamkeit, Konfabulation und „*retroactiver*“ Amnesie auszeichnete. Zudem wurden die Betroffenen oft entweder als euphorisch oder „*zornmüthig*“ wahrgenommen.²³¹

Eine 43-Jährige mit der Diagnose „Dementia paralytica“, welche noch am Aufnahmetag des 16. Juni an „Marasmus paralyticus“ verstarb, wurde wohl noch regulär seziert.²³² Wie im Vorjahr scheinen die Erkrankten in einem geradezu präfinalen Zustand in die HPA Herborn verlegt worden zu sein.

Der durchschnittliche Aufenthalt der Frauen bis zum Versterben lag bei einem Jahr und etwa einem Monat, der längste bei zwei Jahren und fast zehn Monaten. Bei den Männern lag der Durchschnitt mit zehn Monaten etwas niedriger, der kürzeste Aufenthalt war aber immerhin noch zehn Tage lang und der längste sogar drei Jahre.

Da die Patientenakten der Männer fehlen, deren Nachname mit „S“ begann, fehlen die Daten von fünf Patienten. Es bleibt zu vermuten, dass hier eine Aufbewahrungs-Kiste beim Archivieren abhanden gekommen sein könnte.

Der Fall der 49-jährigen Patientin, die mit „akuter halluzinöser Verwirrtheit“ nur einen Tag nach Ankunft an eben beschriebener „Herzlähmung“ verstarb²³³, soll hier genauer betrachtet werden: Diese Patientin wurde als einzige nach dem 7. August noch seziert. Diesen Fall beschreibt Dr. Becker sehr ausführlich in einem Artikel über Kriegspsychosen in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift von 1914: Die Patientin sei tatsächlich erst am Tag vor ihrem Versterben von ihrem Mann in die Klinik gebracht worden – also eine selbstständige Vorstellung anstatt aus einer Verlegung aus einer

²²⁸ Vgl. Aschaffenburg: Formen der Wochenbettpsychosen (sic). 1901, hier S. 344.

²²⁹ Vgl. Jolly: Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. 1911, S. 800.

²³⁰ Vgl. Wernicke, Carl: Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig, 1900, S. 301.

²³¹ Vgl. ebd., S. 302.

²³² Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 16.06.1914, Rittlinger, Anna und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1914, weiblich.

²³³ Vgl. ebd., Todesdatum 16.08.1914, Haas, Alwine und zugehörige Akte.

anderen Klinik. Es sei durch die kriegsbedingt eingeschränkten Verkehrsbedingungen immer schwieriger für die Angehörigen geworden, Erkrankte in Kliniken zu bringen.²³⁴ Im Vorjahr habe die Patientin ein schweres Kopftrauma erlitten und etwa ein halbes Jahr später erstmals ein passageres Zittern der Extremitäten präsentiert. Diese Symptome hätten mit Kriegsbeginn dann weiter zugenommen, zudem sei eine deutliche Verwirrtheit hinzugekommen:

„In all ihren Reden spielten „die Franzosen“ stets eine große Rolle, einmal rief sie auch nachts ihren Mann wach, er solle einmal gucken, da käme ein französisches Luftschiff.“²³⁵

Sie habe zwar körperlich nicht richtig untersucht werden können, da sie zu unruhig gewesen sei, aber ein Kropf (also eine Schilddrüsenvergrößerung) sei auffällig gewesen. Zur Beruhigung sei sie dann mit Morphin und Scopolamin sediert worden und nach erneutem Erwachen in ein Dauerbad gelegt worden. Hier redete sie *„wieder in wirrer Weise von Franzosen und von Kriegsnot.“²³⁶* Schließlich sei sie vollkommen unerwartet während des Dauerbades verstorben. Becker selber habe sie *„trotz mangelnden Personals im Obduktionshause – unsere Pfleger waren damals auf etwa 1/3 ihrer numerischen Stärke reduziert“²³⁷* selbst seziert. In der Obduktion zeigte sich das *„Herz ziemlich intakt, nur ein wenig vergrößert“²³⁸*, jedoch ein deutlich vergrößerter Thymus²³⁹ und die schon von außen vermutete Schilddrüsenhypertrophie. Dadurch sei die Diagnose eines *„Status thymicus sive lymphaticus“²⁴⁰* gesichert gewesen – letztlich lediglich eine Umschreibung des vergrößerten Thymus. Obwohl das Herz in der Obduktion, wenn überhaupt, nur etwas vergrößert schien, wurde die Todesursache bekanntlich mit *„Herzlähmung“* umschrieben. Dr. Becker versucht in dem Fallbericht noch die eigentlich zugrundeliegende psychiatrische Erkrankung zu eruieren und diskutiert eine wahrscheinlich multifaktorielle Genese. Nicht nur der Krieg sei alleiniger Auslöser der

²³⁴ Vgl. Becker, Werner H.: Kriegspsychosen. In Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 29/30, 24. Oktober 1914/1915, Halle a. S., S. 295-298, hier S. 296.

²³⁵ Ebd., S. 295.

²³⁶ Ebd., S. 296.

²³⁷ Ebd., S. 296, 297.

²³⁸ Ebd., S. 297.

²³⁹ Dr. Becker gibt das Gewicht mit 56,5g an. Nach damaliger Lehrmeinung wird das Durchschnittsgewicht des Thymus einer Person mit Ende 40 mit 17,32g angegeben, was deutlich drunter liegt. Vgl. Wiesel, Josef: Thymus. In: Bethe, E.; Bergmann, G.v.; Embden, G.; Ellinger, A.: Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie mit Berücksichtigung der experimentellen Physiologie. Physiologie und Pathologie der Hormonorgane 6. Band, 1. Hälfte, Heidelberg, 1930, S. 369.

²⁴⁰ Becker: Kriegspsychosen. 1914/1915, S. 297.

Psychose gewesen, sondern auch der Kopfsturz, die Schilddrüsenerkrankung so wie eine anamnestisch beschriebene Menopause bei Kinderlosigkeit und der damit unerfüllt gebliebene Kinderwunsch.²⁴¹

Diese Fallbeschreibung gibt einen interessanten Einblick in verschiedene Bereiche des Anstaltsbetriebs der HPA Herborn: Zunächst wird erwähnt, wie schwierig die Einweisung von Erkrankten durch den Krieg geworden war. Es wird erläutert, wie eine Aufnahme vonstatten ging: mit ausgiebiger Anamnese auch der Angehörigen und wenn möglich, einer sorgfältigen körperlichen Untersuchung. Zudem zeigt sich, wie therapeutisch mit Unruhigen umgegangen wurde – nämlich medikamentös sedierend und mit Dauerbädern. Es spiegelt vor allem auch das medizinische Interesse wider, welches die behandelnden Ärzte an ihren Patienten und Patientinnen hegten: Nicht nur seziierte Dr. Becker die Patientin trotz fehlender Pflegekapazitäten und daher eigentlich eingestellter Sektionspraxis, sondern er publizierte ihren Fall sogar in einer angesehenen deutschen medizinischen Fachzeitschrift. Das wissenschaftliche Interesse an der Entwicklung der Krankheiten durch den neuen Faktor Krieg scheint groß gewesen zu sein – und der Krieg scheint sich offensichtlich auch auf die Krankheiten ausgewirkt zu haben.

Becker bestätigt auch, wie zuvor vermutet, dass aufgrund des kriegsbedingten Personalmangels keine Sektionen mehr erfolgten, jedoch in dringenden Fällen durchaus noch durchgeführt werden konnten. Schließlich gibt er noch einen seltenen Einblick in die Benennung von Todesursache und Diagnose: Es scheint deutlich mehr hinter den einfachen Formulierungen und deren Organzuordnungen zu stecken, als aus einem Sektionsbericht allein herauszulesen wäre. In diesem Fall hatte das Herz als letztes Organ aufgehört zu funktionieren – anscheinend wird dann die Todesursache mit „Herzlähmung“ betitelt. Die durch die Sektion neu gestellte Diagnose „Status thymicus sive lymphaticus“ wird als organische Nebendiagnose gehandhabt – die psychiatrische Diagnose der „akuten hallucinösen Verwirrtheit“ aber letztlich weiter im Sektionsprotokoll geführt.

²⁴¹ Vgl. Becker: Kriegspsychosen. 1914/1915, S. 297.

4.6. Sektionen im Jahr 1915

Bis Ende März 1915 war die Belegungsanzahl auf insgesamt 509 Personen gestiegen. Diese setzte sich aus 254 Männern und 255 Frauen zusammen.²⁴² Ende März 1916 waren es dann insgesamt 538.²⁴³

Es machten sich weiterhin und in zunehmendem Ausmaß die Folgen des Krieges bemerkbar. Im Sektionsbuch wurden zwar nach wie vor fast alle Todesfälle dokumentiert, jedoch bei allen außer zwei weiblichen Verstorbenen nur der Name, Todesdatum und -uhrzeit, Diagnose, Todesursache und Bemerkung „*Autopsie wegen Pflegermangel unterblieben*“ notiert, teilweise mit der Schrift von Dr. Erk, zum Teil jedoch auch von anderer Hand. Es ist auffällig, dass bis Ende Mai, als dann die erste Sektion stattfand, das Sektionsbuch nicht von Dr. Erk selbst geführt wurde, wie an der Schrift und Unterschrift deutlich wird. Diese Beobachtung könnte einerseits ein Hinweis darauf sein, dass es sich bei dieser Dokumentation um eine verwaltungstechnische Registrierung handelte, die nicht zwangsläufig vom Arzt selbst vorgenommen wurde. Wahrscheinlicher ist jedoch, dass die Handschrift zu Dr. Becker gehörte, der gemeinsam mit dem Direktor Dr. Snell und einem Hilfsarzt Dr. Coulon der Klinik an ärztlichem Personal verblieb. Da Dr. Erk 1914 in den Krieg eingezogen wurde, scheint die Dokumentation der Sektionstätigkeit im Mai 1915 durch seine Handschrift darauf hinzuweisen, dass er spätestens Mitte 1915 wieder in der Klinik als Psychiater tätig und zumindest punktuell auch wieder an Sektionen beteiligt war.

Durch den Mangel an Pflegepersonal war es vermehrt zu Entweichungen der Erkrankten gekommen, da keine adäquate Aufsicht mehr garantiert werden konnte.²⁴⁴

Zwei Todesfälle weiblicher Erkrankter sind im Sektionsbuch nicht vermerkt und wurden nur aus den Recherchen der Akten ersichtlich.²⁴⁵

²⁴² Vgl. VKW 50 (1916), S. 437.

²⁴³ Vgl. Liste *Krankenbewegung*

²⁴⁴ Vgl. VKW 51 (1917), S. 458.

²⁴⁵ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, weiblich Bill, Kath., geb. 14.11.1868, Todesdatum: 26.03.1915 und Edingshausen, Anna, geb. 24.08.1871, Todesdatum: 17.08.1915.

Tabelle 22: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1915

	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	41	0	41
Frauen	38	2	36
Insgesamt	79	2	77

Tabelle 23: Todesursachen der verstorbenen Männer 1915 (nicht sezierte **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Erschöpfung	6	25, Dementia paranoides, 3a 6,6m 31, Katatonie (bei angeb. Schwachsinn), 1a 8,1m 34, Dementia praecox, 2a 4,2m 38, Katatonie, 5,4m 47, Hebephrenie, 3a 8,1m 53, Dementia paranoides 1a 9,8m
Marasmus senilis	6	55, Dementia senilis, 3,1m 64, Dementia senilis, 1a 9,9m 71, Dementia senilis, 7,4m 71, Dementia senilis, 9,9m 72, Dementia senilis, 8,3m 78, Dementia senilis, 1,3m
Marasmus paralyticus	5	37, Dementia paralytica, 1m 39, Dementia paralytica, 2a 3,2m 44, Dementia paralytica, 1a 4,3m 45, Dementia paralytica, 3a 1,4m 53, Dementia paralytica, 1a 10,5m
Gehirnlähmung	4	32, Dementia paralytica, 1a 4,6m 37, Dementia paralytica, 11,1m 39, Dementia paralytica, 1a 8,2m 52, Dementia paralytica, 1a 2,5m
Tuberkulose	4	26, Dementia praecox, 4a 4m (Lungen- & Darm-Tbc)

		27, Hebephrenie, 4a 14d (Lungen-Tbc) 34, epileptische Seelenstörung, 2a 4,1m (Peritonitis tuberculosa) 34, posttraumatische Psychose, 1,5m (Lungen-Tbc)
Altersschwäche	2	69, Dementia arteriosclerotica, 2a, 9,4m 74, Dementia senilis, 3a 5d
Status paralyticus	2	42, Dementia paralytica, 12,6m 49, Dementia paralytica, 11,9m
epileptischer Anfall	2	38, epileptische Seelenstörung, 4a 8,8m 68, Epilepsie, 6,5m
Gehirnlähmung im paralytischen Anfall	2	44, Dementia paralytica, 1a 8,1m 53, Dementia paralytica, 4,9m
perniziöse Anämie	1	47, chron. Alkoholismus, 3a 10,1m
Apoplexie	1	60, Imbecillität, 2,3m
Marasmus bei Gangrän	1	55, Dementia arteriosclerotica, 2,4m
apoplektischer Anfall	1	69, Dementia senilis, 3a 3,4m
Gehirnlähmung durch Arteriosklerose	1	76, Dementia senilis, 3,5m
Herzlähmung	1	73, Dementia senilis, 15d
Marasmus und paralytischer Anfall	1	43, Dementia paralytica, 7,7m
unbekannt	1	56, Dementia arteriosclerotica, 7,4m
Gesamt	41	

Tabelle 24: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1915 (nicht sezierte rot geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre(a), Monate(m), Tage(d))
Erschöpfung	5	27, epileptische Seelenstörung, 4a 2,2m 38, akute hallucinatorische Verwirrtheit, 8,6m 42, Dementia praecox, 1a 8,2m 65, Dementia senilis, 1a 2,3m

		–, Imbecillität, –
Herzlähmung	4	24, Imbecillität, 3a 1m (erste Sektion des Jahres [L.F.]) 42, akute hallucinatorische Verwirrtheit, 8d 56, Imbecillität + Dementia praesenilis, 2,3m 58, Melancholie, 8,8m
Pneumonie	3	37, Dementia paralytica, 3a 8,2m 61, Dementia arteriosclerotica, 2a 7,9m 68, Dementia arteriosclerotica, 6,7m
Marasmus paralyticus	3	36, Dementia paralytica, 4,3m 45, Dementia paralytica, 10,2m 67, Dementia paralytica, 1a 7,4m
Marasmus senilis	3	74, Dementia senilis, 6,8m 85, Dementia senilis, 3a 6,5m –, Dementia senilis, –
Influenza	2	77, Dementia senilis, 2a 11,7m 83, Dementia senilis, 4,6m
Tuberkulose	2	26, Dementia paranoides, 4a 20d (Phtisis pulmonum) 45, Melancholie, 3a 4,5m
Gehirnlähmung	1	60, Dementia paralytica, 11,9m
Endocarditis acuta	1	48, Melancholie, 11d
Leberzirrhose	1	80, Dementia senilis, 1a 9,3m
Akute Enteritis (Apoplexie)	1	76, Dementia paranoides, 1a 7,1m
Apoplexie	1	70, Dementia arteriosclerotica, 2d
Schlaganfall	1	76, Dementia arteriosclerotica, 1a 10,4m
Strangulation	1	61, Melancholie, 1a 1,6m
Status paralyticus	1	46, Dementia paralytica, 1a 5,6m
Nierenentzündung	1	30, Dementia praecox katatonia, 1a 11,7m;
Altersschwäche	1	66, Dementia senilis, 3a 3,8m
Herzschwäche	1	46, Melancholie, 4a 5,6m
unbekannt	5	35, Katatonie, 1a 5,9m 43, Dementia paralytica, 1a 5m

		43, Dementia paralytica, 6,3m 46, Melancholie, 3,1m –, Dementia paralytica, –
Gesamt	38	

Tabelle 25: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1915

Todesursachen	Anzahl Männer & Frauen
Erschöpfung	11
Marasmus senilis	9
Marasmus paralyticus	8
Tuberkulose	6
Gehirnlähmung	5
Herzlähmung	5
Altersschwäche	3
Status paralyticus	3
Pneumonie	3
Gehirnlähmung im paralytischen Anfall	2
Apoplexie	2
epileptischer Anfall	2
Influenza	2
perniziöse Anämie	1
Marasmus bei Gangrän	1
apoplektischer Anfall	1
Gehirnlähmung durch Arteriosklerose	1
Marasmus und paralytischer Anfall	1
Endocarditis acuta	1
Leberzirrhose	1
Akute Enteritis (Apoplexie)	1
Schlaganfall	1
Strangulation	1

Nierenentzündung	1
Herzschwäche	1
unbekannt	6
Gesamt	79

Tabelle 26: Diagnosen der Verstorbenen 1915

Diagnosen	Männer	Frauen	Anzahl gesamt
Dementia paralytica	14	9	23
Dementia senilis	10	8	18
Dementia arteriosclerotica	3	4	7
Melancholie	0	6	6
Dementia paranoides	2	2	4
Imbecillität	1	3	4
Katatonie	2	1	3
Dementia praecox	2	1	3
epileptische Seelenstörung	2	1	3
Hebephrenie	2	0	2
akute hallucinöse Verwirrtheit	0	2	2
Dementia praecox katatonica	0	1	1
Epilepsie	1	0	1
posttraumatische Psychose	1	0	1
chron. Alkoholismus	1	0	1
Gesamt	41	38	79

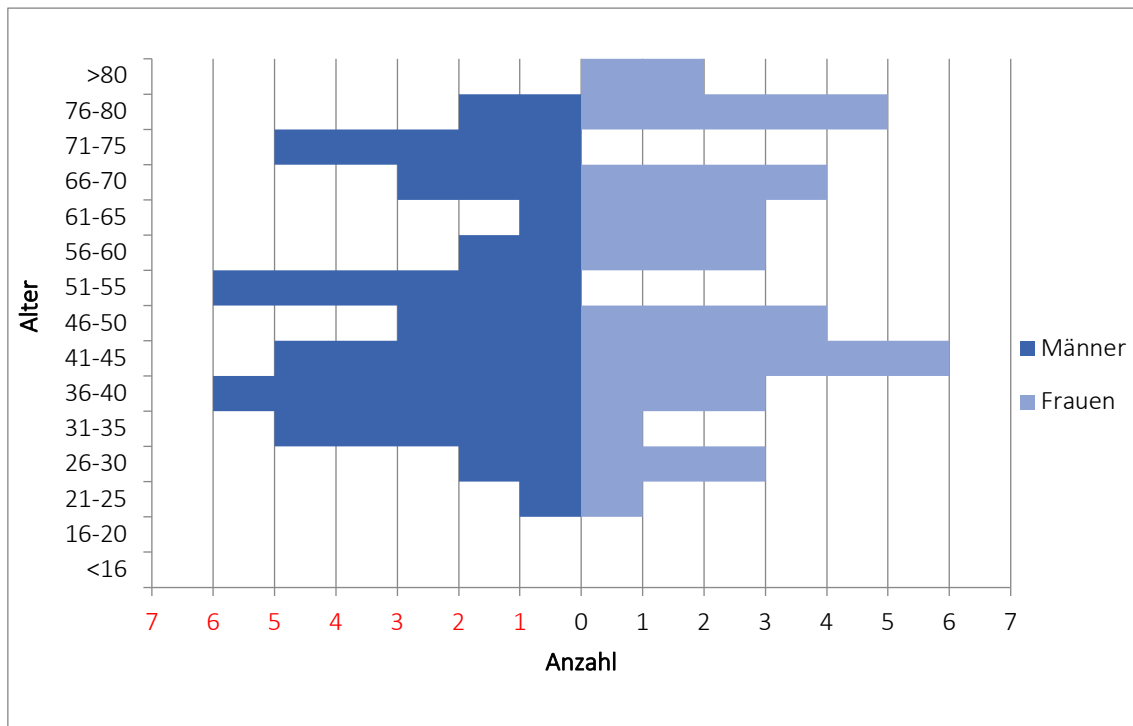


Diagramm 4: Alterspyramide der Verstorbenen 1915

Auswertung des Jahres 1915:

Aufgrund des kriegsbedingten Mangels an Pflegekräften kam es im Jahr 1915 nur zu zwei Sektionen. Hierbei handelte es sich um eine 24-jährige Patientin mit der Diagnose „Imbecillität“, welche im Mai an „Herzlähmung“ verstorben war²⁴⁶ und eine 61-jährige Patientin, welche unter „Melancholie“ gelitten hatte und im Juli durch „Strangulation“ Suizid begangen hatte.²⁴⁷ Hier könnte eine Obduktion aus forensischen Gründen erforderlich gewesen sein. Zum Suizid findet sich im Jahresbericht seitens des Direktors Dr. Snell eine explizite Erwähnung:

„Leider ereignete sich in diesem Jahre ein Selbstmord einer Kranken. Am 1. Juli 1915 erhängte sich im Klosett eine 61 jährige Maurerswitwe, die eine melancholische Verstimmung durchgemacht hatte, dann jedoch geistig wesentlich freier geworden war und schon seit vielen Wochen sehr zum Vorteil ihrer körperlichen Erholung in der Kochküche beschäftigt wurde. Die gleich eingeleiteten ärztlichen Wiederbelebungsversuche hatten leider keinen Erfolg.“²⁴⁸

²⁴⁶ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 26.05.1915, Metz, Margarethe und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, weiblich.

²⁴⁷ Vgl. ebd., Todesdatum 01.07.1915, Katzwinkel, Luise und zugehörige Akte.

²⁴⁸ Vgl. VKW 51 (1917), S. 455.

Im Jahr 1915 tritt die Todesursache „Erschöpfung“ neu auf. Mit 14% verstarben hieran die meisten Personen. 11% verstarben zudem an „Marasmus senilis“, eng gefolgt durch den Tod an „Marasmus paralyticus“ mit 10%. Es ist unklar, was ein Tod durch „Erschöpfung“ aus heutiger Sicht sein könnte. Der Krieg scheint sich auf die körperliche Gesundheit der Erkrankten ausgewirkt zu haben. Eine fortschreitende Mangelernährung könnte eine entscheidende Rolle gespielt haben. Die Betroffenen waren nämlich, gerade im Vergleich zu den Personen, die an weiteren „Erschöpfungszuständen“ wie z.B. dem „Marasmus senilis“ verstarben, sehr jung. Beim Tod durch „Marasmus senilis“ lag das Durchschnittsalter bei 71 Jahren. Die an „Erschöpfung“ Verstorbenen waren durchschnittlich erst 40 Jahre alt, der jüngste sogar erst 25 Jahre. Es ist auffällig, dass plötzlich diese „neue“ Todesursache dokumentiert wurde, welche jüngere, vermutlich daher auch von sich aus körperlich weniger Geschwächte traf. Jedoch ist bei den weiblichen an „Erschöpfung“ Verstorbenen auch eine 66-jährige Patientin mit Dementia senilis dabei. Aber gerade bei den Diagnosen der an „Erschöpfung“ verstorbenen Männer fällt auf, dass alle zu den heutigen „Schizophrenieformen“ gezählt würden (siehe dazu Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext).

Zur zeitgenössischen Definition der „Erschöpfung“ findet sich in der Fachliteratur die Beschreibung des Pharmakologen Carl Jacoby:

„Eine wirkliche Erschöpfung des Muskel- und Nervensystems, sowie des Arbeitsmaterials des Körpers [...], kann indessen nur unter ganz aussergewöhnlichen Bedingungen und zwar bei gleichzeitiger hochgradiger Unterernährung des Organismus in Frage kommen, z.B. bei manchen konsumptiven Krankheiten und in seltenen Fällen bei Gesunden, nämlich nach längerer Zeit anhaltender Nahrungsentziehung, zumal bei gleichzeitiger Arbeitsleistung als Hungerpostration.“²⁴⁹

Hier wird also der Begriff der Erschöpfung in direkten Zusammenhang mit Unterernährung gebracht.

Es stellt sich auch die Frage, ob hier ein eugenischer Hintergrund bestanden haben könnte. Beispielsweise könnten im Rahmen des Krieges die ohnehin knappen Essensrationen für psychisch Kranke weiter gekürzt worden sein, um sie an anderer Stelle

²⁴⁹ Jacoby, Carl: Erschöpfung und Ermüdung. In: Münchner Medizinische Wochenschrift Band 62, Feldärztliche Beilage Nr. 14, München, Verlag von J.P. Lehmann, 1915, S. 481-485, hier S. 481.

für die Front oder die gesunde Zivilbevölkerung einzusetzen. Dr. Becker erläutert in einem 1919 veröffentlichten Artikel, dass diese kriegsbedingten Todesfälle in der Anstalt zwar aus volkswirtschaftlicher Sicht sinnvoll erscheinen, jedoch nicht aus ärztlicher:

„Wir müssen [...] danach streben, das Leben unserer Kranken möglichst zu verlängern, mag die Rassenhygiene auch noch so freudig die Verkürzung begrüßen.“²⁵⁰

Er setzt allerdings noch nach:

„[...] stellen wir uns ruhig auf den nationalökonomischen Standpunkt und weinen den anderen (den verstorbenen Patienten und Patientinnen L.F.) keine Träne nach, für die Menschheit wars ein zu ertragender Verlust [...].“²⁵¹

Die häufigsten beiden Diagnosen der Verstorbenen waren sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen „Dementia paralytica“ (29%) und „Dementia senilis“ (22%).

Auffällig ist wieder, dass fast alle Personen mit „Dementia paralytica“, wie in den Vorjahren schon, an den Todesursachen „Marasmus paralyticus“ (mit 10% die dritthäufigste Todesursache), „Status paralyticus“, „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“ oder an „Gehirnlähmung“ (ohne weiteren erläuternden Zusatz) starben, bzw. keiner der hieran Verstorbenen eine nicht syphilis-assoziierte Diagnose hatte. Eine Patientin mit der Diagnose verstarb an einer Pneumonie und bei drei Patientinnen mit „Dementia paralytica“ bleibt die Todesursache unklar.

Es gibt in diesem Jahr drei verschieden formulierte Formen der „Gehirnlähmung“: Die häufigste ist ohne weiteren Zusatz: „Gehirnlähmung“. Dann gibt es einige Fälle mit „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“ und die „Gehirnlähmung bei Arteriosklerose“. An letzterer verstarb ein 76-jähriger Patient mit „Dementia senilis“ – ein Einzelfall. Die anderen trafen, wie erläutert, ausschließlich an „Dementia paralytica“ Erkrankte.

Es zeigt sich auch in diesem untersuchten Jahr wieder die Tendenz, dass alle Personen, die an einem „Marasmus senilis“ verstarben, an einer „Dementia senilis“ gelitten hatten. Auch die „Altersschwäche“ traf bevorzugt an „Dementia senilis“ Erkrankte, wobei auch ein Fall mit „Dementia arteriosclerotica“ betroffen war. Natürlich verstarben auch in

²⁵⁰ Becker: Die Wirkung des Krieges, 1920, S. 5.

²⁵¹ Ebd., S. 10.

diesem Jahr Personen mit „Dementia senilis“ an anderen Erkrankungen, wie zum Beispiel einem Schlaganfall.

Am Beispiel des Schlaganfalls wird in diesem Jahr die Schwierigkeit der Datenaufbereitung deutlich: Da die verschiedenen Formulierungen in ihrer in den Primärquellen ursprünglichen Form beibehalten und nicht zusammengefasst wurden, ergibt sich hier wahrscheinlich ein etwas verzerrtes Bild. Gesondert aufgeführt wurden hier nämlich die „Apoplexie“, ein „apoplektischer Anfall“ und ein „Schlaganfall“. Es bleibt anzunehmen, dass es sich um lediglich verschiedene Formulierungen ein und derselben Todesursache handelte, also insgesamt vier Menschen an einem Schlaganfall verstarben.

Erstmals verstarb ein 34-jähriger Patient mit der kriegsbedingt auftretenden Diagnose der „posttraumatischen Psychose“ an einer Lungen-Tuberkulose.²⁵² Wie dem Jahresbericht Snells in den VKW zu entnehmen ist, nahmen die Aufnahmen von durch den Krieg Traumatisierten zu. Der Krieg warf also nicht nur die alltäglichen Verhältnisse der Klinik-Infrastruktur durcheinander, sondern schuf auch neue Krankheitsfälle. Insgesamt kam es aber in den Kriegsjahren zu nur wenigen Aufnahmen von ehemaligen Soldaten: 1914 wurden 2, 1915 dann 9 Soldaten neu aufgenommen, 1916 und 1918 waren es nur je 2 und 1917 nur einer.²⁵³

Zudem verstarben erstmals zwei ältere Patientinnen (77- und 83-jährig) mit „Dementia senilis“ innerhalb einer Woche (Ende Februar und Anfang März) an Influenza.²⁵⁴ Sie könnten sich aneinander angesteckt haben.

Der kürzeste Aufenthalt bis zum Versterben lag bei den Männern bei etwa zwei Wochen und bei den Frauen wieder nur bei zwei Tagen (die diesbezüglich dokumentierte 70-jährige Patientin litt an „Dementia arteriosclerotica“ und verstarb an „Apoplexie“²⁵⁵). Der längste Aufenthalt der Männer lag bei vier Jahren und knapp neun Monaten und betraf einen 38-Jährigen mit „epileptischer Seelenstörung“, der im Rahmen eines epileptischen

²⁵² Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 29.05.1915, Zielonka, Gustav und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, männlich.

²⁵³ Vgl. Adam: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911-1918. 1911, S. 53.

²⁵⁴ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 27.02.1915, Becker, Amelie und Todesdatum 05.03.1915, Wenk, Maria sowie zugehörige Akten, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, weiblich.

²⁵⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 07.03.1915, Milferstädt, Elise und zugehörige Akte.

Anfalls verstarb.²⁵⁶ Bei den Frauen lag der längste Aufenthalt ähnlich bei vier Jahren und knapp sechs Monaten und betraf eine 46-Jährige mit „Melancholie“, die an „Herzschwäche“ verstarb.²⁵⁷ Der durchschnittliche Aufenthalt betrug bei beiden Geschlechtern etwa 1,5 Jahre.

²⁵⁶ Vgl. Sektionsbuch 1, Todesdatum 22.12.1915, Janssen, Frank und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, männlich.

²⁵⁷ Vgl. ebd., Todesdatum 24.12.1915, Darmstädten, Maria und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1915, weiblich.

4.7. Sektionen im Jahr 1916

Bis Ende März 1916 hielten sich insgesamt 538 Patienten und Patientinnen in der HPA Herborn auf. Hiervon waren 248 männlich und 290 weiblich.²⁵⁸ Bis Ende März 1917 war diese Zahl auf insgesamt 428 gesunken.²⁵⁹

In diesem Jahr stimmen die Daten über die Anzahl der Verstorbenen in den Sektionsbüchern und den Akten zu einem großen Teil nicht überein. In den Sektionsbüchern sind lediglich 76 Verstorbene vermerkt. Der letzte Todesfall wird am 3. November 1916 dokumentiert – womit die letzte freie Seite des Buches beschrieben ist. Der Blick in die Akten ergibt jedoch noch zusätzlich 14 verstorbene Männer und 12 verstorbene Frauen, die in den Sektionsbüchern vollkommen unerwähnt bleiben. 22 dieser im Sektionsbuch unerwähnt Gebliebenen verstarben jedoch nach dem 3. November 1916, was vermuten lässt, dass sie in einem weiteren Sektionsbuch aufgeführt worden sein könnten. Weitere 4 Verstorbene wurden nicht im Sektionsbuch aufgeführt – obwohl sie innerhalb des dort eigentlich dokumentierten Zeitrahmens verstorben sind. Ein Erklärungsversuch hierfür hätte sein können, dass die nicht erwähnten Todesfälle auch nicht seziert wurden und daher, vielleicht der Einfachheit halber, nicht im Sektionsbuch aufgeführt wurden. Jedoch wurden auch von den im Sektionsbuch dokumentierten Todesfällen lediglich 4 tatsächlich seziert. Die restlichen sind wieder nur mit Namen, Todesdatum und -uhrzeit, Diagnose, Todesursache und Bemerkung „*Autopsie wegen Pflegermangel unterblieben*“ versehen, teilweise mit der Schrift von Dr. Erk, zum Teil jedoch auch von anderer Hand notiert.

Bei den im Sektionsbuch nicht dokumentierten Fällen handelt es sich um zwei Männer, 29 und 45 Jahre alt, mit den Diagnosen „Schwachsinn“²⁶⁰, „Katatonie“²⁶¹ und unbekannten Todesursachen, sowie um zwei Frauen, 69²⁶² und 73²⁶³ Jahre alt, beide mit der Diagnose „Dementia senilis“ und ebenso unbekannten Todesursachen. Eindeutige

²⁵⁸ Vgl. VKW 51 (1917), S. 451.

²⁵⁹ Vgl. Liste *Krankensbewegung*.

²⁶⁰ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, männlich, Klump, Karl, geb. 26.11.1886, Todesdatum: 02.11.1916.

²⁶¹ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, männlich, Rihm, Michael, geb. 03.04.1871, Todesdatum: 22.06.1916.

²⁶² Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, weiblich, John, Elise, geb. 09.02.1846, Todesdatum: 03.01.1916.

²⁶³ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, weiblich, Ries, *Vornahme unbekannt*, geb. 03.02.1843, Todesdatum: 09.07.1916.

Gemeinsamkeiten zeigen sich hier nicht. Zwar litten beide Patientinnen an „Dementia senilis“, jedoch außer ihnen auch noch 16 weitere Männer und Frauen, die nach Versterben allerdings im Sektionsbuch dokumentiert wurden.

Der plausibelste Erklärungsansatz ist, dass die Buchführung offenbar unzuverlässig war. Im Vergleich zu den Vorjahren war die Anzahl der Verstorbenen deutlich höher und es herrschten durch den Krieg weiter Personalengpässe. Diese Kombination scheint dazu geführt zu haben, dass die sonst so genaue Dokumentation nicht mehr aufrechterhalten wurde.

Es war das 3. Kriegsjahr – ein Zustand, der sich auf die Psychiatrie in verschiedener Hinsicht auswirkte. Einerseits kam es zu einer fortschreitenden Mangelernährung der Erkrankten und folgenden Beschwerden. Wie zuvor beschrieben, berichtete auch Dr. Snell über diese schlechten Zustände im Jahr 1916 in Form von „alimentären Oedemen“, gegen die auch der Versuch einer Linderung eingeleitet wurde. Trotzdem folgte *„in einer Reihe von Fällen [...], wie aus der Statistik der Todesursachen hervorgeht, der Tod an Erschöpfung“*²⁶⁴.

Dies ist wieder ein expliziter Hinweis darauf, dass die Todesursache „Erschöpfung“ tatsächlich hieß, dass der Betroffene verhungert bzw. an den Folgen des Hungers verstorben war. „Alimentär“ bedeutet schließlich in etwa „ernährungsbedingt“. Außerdem hatten laut zeitgenössischer Fachliteratur an „Katatonie“ Erkrankte eine besondere Disposition für Lungen-Tuberkulose²⁶⁵ (und die Tuberkulose hatte in den Kriegsjahren, laut Dr. Becker, zugenommen²⁶⁶). Emil Kraepelin erklärte das folgendermaßen:

„Namentlich die Tuberkulose forderte früher in Irrenanstalten die fünffache Zahl von Opfern wie bei Geistesgesunden. Das kasernenhafte Leben, die häufig

²⁶⁴ VKW 52 (1918), S. 467.

²⁶⁵ Vgl. Sahmland, Irmtraut: Ein Katatoniker im Stall? Eine Patientengeschichte aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Schriftenreihe der DGGM, Bd. 20, 2014, S. 413-429, hier S. 425. Hier wird die Theorie vom Neurologen und Psychiater Karl Kahlbaum (1829-1899) von 1874 erläutert, der davon ausging, dass die katatonie-bedingte inaktive Thoraxmuskulatur bewirkte, dass die Lunge weniger ventiliert und der gesamte Thorax weniger mit Blut zirkuliert wurde. Vgl. Kahlbaum, Karl: Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. I. Heft Die Katatonie oder das Spannungsirresein – Eine klinische Form psychischer Krankheit, Berlin, 1874, S. 97. Diese Ansicht wurde auch Jahrzehnte später noch vertreten. Vgl. Kerner, Nadeschda: Zur Mortalität der Dementia praecox. In: Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 12, 1910/1911, S. 401-405, hier S. 401. Zudem wurde die Tuberkulose auch wiederholt als Ursache psychischer Erkrankungen diskutiert: Vgl. Hanse, A.: Nervöse und psychische Störungen bei Tuberkulose. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 69., Berlin, 1923, S. 278-336, hier S. 314, 315, 333.

²⁶⁶ Vgl. Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 9.

bestehende Überfüllung, die ausgiebige Gelegenheit zur Ansteckung, sodann namentlich die Stumpfheit so vieler Kranker und die damit verknüpfte Herabsetzung der Atmungs- und Kreislauftätigkeit sind wohl in erster Linie für dieses Verhalten verantwortlich zu machen.“²⁶⁷

Es kam auch hinzu, dass die Patienten und Patientinnen psychisch von der Kriegssituation in Mitleidenschaft gezogen wurden. So findet sich in der Akte einer 50-jährigen Patientin, die 2 Monate vor ihrem Versterben an „Herzlähmung“ mit „Melancholie“ aufgenommen worden war, die Einweisung eines Hausarztes:

„Willingen, den 28.10.1915. Ich bescheinige hiermit, daß die Ehefrau des Richard Engländer von Willingen, Adelheid, 51 Jahre alt, durch die Einwirkungen des Krieges – es sind zwei Söhne im Krieg – vollkommen geisteskrank geworden ist. Die Frau bedarf beständiger Überwachung und kann ohne fremde Pflege und Wartung nicht bestehen. Ansteckende Krankheiten bestehen im Hause nicht. Gez.: Dr. Eurich, Arzt zu Emmerichenhain.“²⁶⁸

Über das genaue Alter der Patientin bestand wohl Uneinigkeit. In ihrer Akte ist ihr Alter bei Versterben im Januar 1916 mit 50 Jahren dokumentiert.

Tabelle 27: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1916

	Verstorben	Seziert	Nicht Seziert
Männer	43	2	41
Frauen	59	2	57
Insgesamt	102	4	98

Tabelle 28: Todesursachen der verstorbenen Männer 1916 (nicht sezierte **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Marasmus paralyticus	4	45, Dementia paralytica, 12,1m

²⁶⁷ Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. Auflage, Band 1, Leipzig, 1903, S. 336.

²⁶⁸ Vgl. Sektionsbuch 2, Todesdatum 05.01.1916, Engländer, Adelheid und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, weiblich.

		47, Dementia paralytica, 10,9m 50, Dementia paralytica, 2a 3,1m 54, Dementia paralytica, 1a 4,1m
Altersschwäche	4	66, Dementia arteriosclerotica, 1a 5m 67, Dementia senilis, 2a 5,2m 73, Dementia senilis, 2a 2,9m 82, chron. Alkoholismus, 4a 7,9m
Erschöpfung	4	38, Katatonie, – 50, Dementia praecox, 4a 7,4m 62, Dementia paralytica, 3,8m –, –, –
Pneumonie	3	–, –, – 51, Katatonie, 5,7m 70, chron. Alkoholismus, 4a 11,1m
Herzlähmung	2	40, epileptische Seelenstörung, 3a 11,1m 58, Schwachsinn, 2a 8,3m
Tuberkulose	2	32, Meningitis tuberculosa mit Seelenstörung, 15 d –, Dementia paranoides, – (Darm-Tbc)
paralytischer Anfall	1	38, Dementia paralytica, 4a 14d
paralytische Gehirnlähmung	1	39, Dementia paralytica, 1a 5,7m
Status paralyticus	1	38, Dementia paralytica, 2,3m
Enteritis chron.	1	38, Dementia praecox (paranoides), 1a 1,8m
epileptische Anfälle	1	31, epileptisches Irresein, 3a 3,2m
Marasmus	1	67, Dementia senilis (akute hallucinöse Verwirrtheit), 4a 10,7m
Gehirnlähmung in paralytischem Anfall	1	50, Dementia paralytica, 1a 5,9m
Lungen- und Rippenfellentzündung	1	61, chron. Alkoholismus, 3a 3d
Gehirnlähmung	1	70, Dementia arteriosclerotica, 8,4m
Arteriosklerose	1	56, Dementia paralytica, 1a 2,9m

		19, Imbecillität, 4a 7,9m 29, Schwachsinn, 2a 4,7m 32, Hebephrenie, 4a 2,4m 32, Dementia paranoides, 5a 3d 37, Dementia paranoides, 2a 11,2m 39, Dementia paralytica, 10,1m 43, Dementia paranoides, 5a 2,3m 43, Dementia paralytica, 1a 3,5m 44, Dementia paralytica 3,1m 45, Katatonie, 6,2m 60, Dementia paranoides 4a 4,2m 62, Dementia senilis, 2a 6,8m 69, Dementia senilis, 1a 1,4m
unbekannt	14	74, Dementia senilis, 4a 1,9m
Gesamt	43	

Tabelle 29: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1916 (nicht sezierte **rot** geschrieben)

Todesursache	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahr (a), Monate (m), Tage (d))
		31, Dementia praecox, 2a 4,3m 33, Dementia paranoides 6,7m 33, Dementia praecox, 3a 3,3m 34, Dementia paralytica, 4m 41, Katatonie, 6m 42, Katatonie, 4a 5,7m 42, Dementia praecox, 1a 3,5m 46, Melancholie, – 48, epileptische Seelenstörung, 3a 11,9m 59, Dementia arteriosclerotica, 2a 2,1m 64, Dementia senilis, 8,7m
Erschöpfung	12	76, Dementia senilis, 4a 6m

Marasmus paralyticus	7	–, Dementia paralytica, – 31, Dementia paralytica, 7,2m 50, Dementia paralytica, 4a 4,8m 50, Dementia paralytica, 1m 51, Taboparalyse, 3a 2,2m 55, Dementia paralytica, 8,5m 56, Dementia paralytica, 1a 3,2m
Altersschwäche	4	64, Dementia senilis, 1a 5,4m 68, Dementia senilis, 6,6m 72, Dementia senilis, 2a 8,9m –, Dementia senilis, 1a 1,6m
Herzlähmung	3	50, Melancholie, 2,3m 51, Dementia paranoides, 1a 5,1m 77, Dementia senilis 3a 2,2m
Entkräftung	3	19, Epilepsie mit Imbecillität, 4a 3,1m 59, Melancholie (manisch depressives Irresein), 3a 1,3m 69, Dementia senilis, 2a 3,1m
Tuberkulose	2	41, Imbecillität, 1a 6,2m (Darm Tbc) 63, Katatonie, 3a 4,8m (Darm-Tbc)
Inanition	2	46, Dementia paranoides imbeciller Basis, 3a 11,3m 69, Dementia paranoides, 4a 1,9m
Marasmus	2	61, Dementia praecox, 4a 11,8m –, Dementia praecox, 3a 1,4m
Herzschlag	1	–, –, –
Gehirnlähmung	1	62, Epilepsie, 4a 9,1m
Darmkatarrh	1	57, Dementia paranoides, 2a 8d
Nephritis chronica	1	66, Dementia arteriosclerotica, 2a 4m
Delirium acutum	1	36, manisch-depressive Seelenstörung, 12,9m
paralytischer Anfall	1	40, Dementia paralytica, 1a 3,6m
Apoplexie	1	59, alkoholische Degeneration, 3a 5,6m
Ertrinken	1	29, Melancholie, 2,6m

Apoplexie mit Gehirnblutung	1	71, Dementia arteriosclerotica, 1,1m
Marasmus senilis	1	71, Dementia senilis, 3a 2,5m
Herzschwäche	1	55, Dementia paranoides, 2a 3,6m
Peritonitis	1	63, Dementia paranoides, 4a 7,3m
		27, Hebephrenie, 1a 7,4m 31, Hebephrenie, 4a 8,9m 32, Dementia praecox, 2a 5,1m 34, epileptische Seelenstörung, 2a 9,2m 36, Dementia epileptica, 9,2m 41, Imbecillität, 4a 7,6m 42, Katatonie, 2a 8,1m 59, Melancholie, 5a 5,6m 60, Dementia paralytica, 1a 22d 69, Dementia senilis, 9,8m 73, Dementia senilis, 2,1m
unbekannt	12	81, Dementia senilis, 5,6m
Gesamt	59	

Tabelle 30: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1916

Todesursachen	Anzahl Männer und Frauen
Erschöpfung	16
Marasmus paralyticus	11
Altersschwäche	8
Herzlähmung	5
Tuberkulose	4
Entkräftung	3
Marasmus	3
Pneumonie	3
Gehirnlähmung	2
Inanition	2
paralytischer Anfall	2

Apoplexie	1
Apoplexie mit Gehirnblutung	1
Arteriosklerose	1
Darmkatarrh	1
Delirium acutum	1
Enteritis chronica	1
epileptische Anfälle	1
Ertrinken	1
Gehirnlähmung in paralytischem Anfall	1
Herzschlag	1
Herzschwäche	1
Lungen- und Rippenfellentzündung	1
Marasmus senilis	1
Nephritis chronica	1
Paralytische Hirnlähmung	1
Peritonitis	1
Status paralyticus	1
unbekannt	26
Gesamt	102

Tabelle 31: Diagnosen der Verstorbenen 1916

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Dementia paralytica	13	9	22
Dementia senilis	6	12	18
Dementia paranoides	5	6	11
Dementia praecox	2	6	8
Katatonie	3	4	7
Dementia arteriosclerotica	2	3	5
Melancholie	0	5	5
chron. Alkoholismus	3	0	3
epileptische Seelenstörung	1	2	3

Hebephrenie	1	2	3
Imbecillität	1	2	3
Schwachsinn	2	0	2
alkoholische Degeneration	0	1	1
Dementia epileptica	0	1	1
Dementia paranoides imbeciller Basis	0	1	1
Epilepsie	0	1	1
Epilepsie mit Imbecillität	0	1	1
epileptisches Irresein	1	0	1
Manisch-depressive Seelenstörung	0	1	1
Meningitis tuberculosa mit Seelenstörung	1	0	1
Taboparalyse	0	1	1
unbekannt	2	1	3
Gesamt	43	59	102

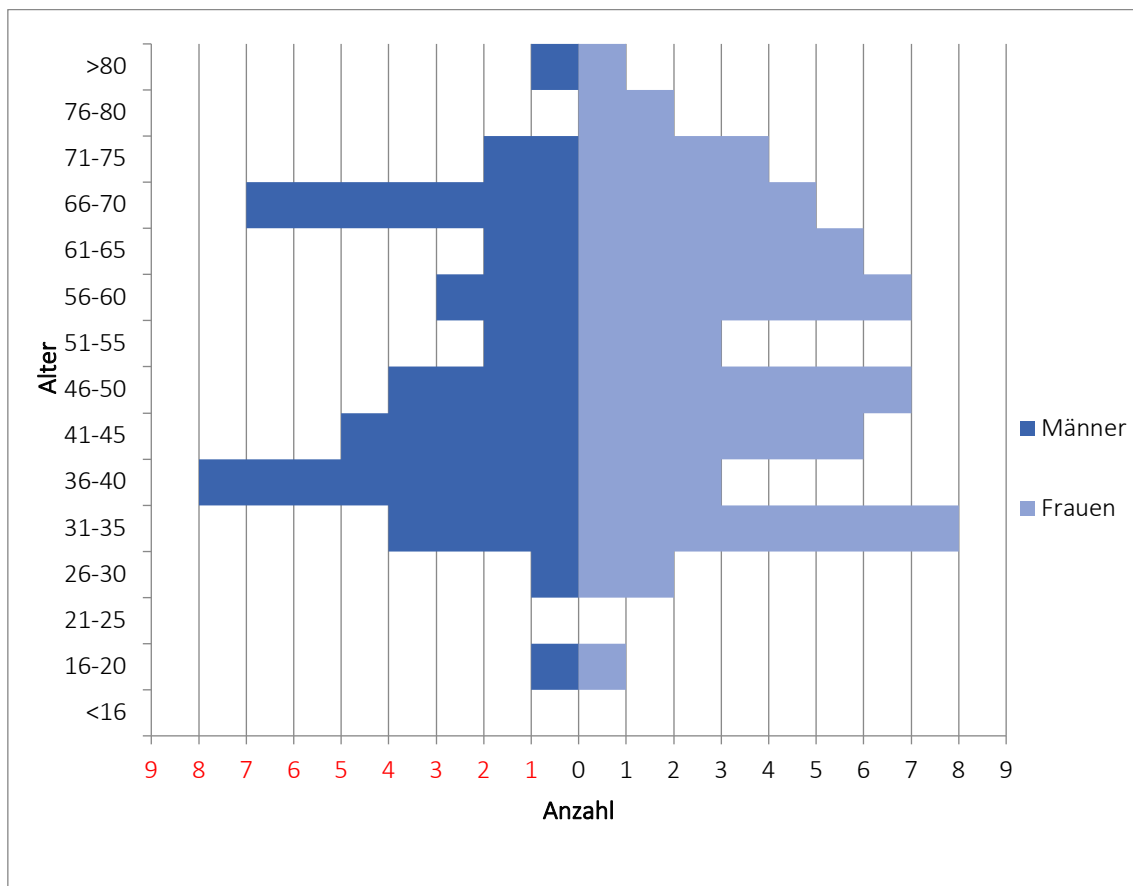


Diagramm 5: Alterspyramide der Verstorbenen 1916

Auswertung des Jahres 1916:

Im Jahr 1916 machten sich die Auswirkungen des Krieges weiter deutlich bemerkbar. Im ganzen Jahr fanden lediglich 4 Sektionen statt. Es lässt sich nicht erkennen, ob bestimmte Fälle ausgewählt worden waren, weil sie von besonderem Interesse waren, oder, ob lediglich zum Todeszeitpunkt gerade zufälligerweise genügend Pflegekräfte zur Sektion zur Verfügung standen. Trotz fehlender Sektion wurden auch bei den Nicht-Sezierten die Todesursachen und Diagnosen im Sektionsband vermerkt.

Die beiden sezierten Männer, 40 und 31 Jahre alt, der eine an einer „epileptischen Seelenstörung“ und der andere an einem „epileptischen Irresein“ leidend, waren an „Herzlähmung“²⁶⁹ und „Status epilepticus“²⁷⁰ verstorben und eine der sezierten Frauen war mit 29 Jahren an „Melancholie“ leidend ertrunken²⁷¹, während die zweite 71-jährig mit „Dementia arteriosclerotica“ als Grunderkrankung eine Hirnblutung erlitten hatte²⁷². Die Todesfälle ereigneten sich im Januar, Juni, Juli und August. Nur die Sektion des 31-Jährigen wurde, wie an der Handschrift ersichtlich, von Dr. Erk dokumentiert. Es lässt sich aus diesen Informationen keine besondere Bedeutung der Todesfälle oder ein bestimmtes Muster herauslesen, warum gerade diese seziert worden waren. Der Tod durch Ertrinken könnte einen forensischen Zweck der Sektion nach sich gezogen haben und der an „Status epilepticus“ Verstorbene könnte im Rahmen seines Status verunfallt sein und dadurch rechtsmedizinisch eine Sektion erforderlich gemacht haben. Die Hirnblutung wird im Kontext einer „Apoplexie“ genannt, was eine traumatische Genese unwahrscheinlich macht. Auch die Überlegung, es könne besonderes Interesse an epileptischen Erkrankungen geherrscht haben, ist unwahrscheinlich, da es weitere verstorbene Epileptiker gab, die nicht seziert wurden.

Weiterhin verstarben auffällig viele Personen an „Erschöpfung“, was, wie schon im Vorjahr, diesmal mit etwa 16% die häufigste Todesursache darstellte. Und wieder ist das Durchschnittsalter mit 46,6 (zwischen 31 und 76) auffällig jünger als bei den durch

²⁶⁹ Vgl. Sektionsbuch 2, Todesdatum 28.01.1916, Eiser, Peter und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, männlich.

²⁷⁰ Vgl. ebd., Todesdatum 09.06.1916, Probst, Jakob und zugehörige Akte.

²⁷¹ Vgl. ebd., Todesdatum 28.07.1916, Haimbach, Magdalena und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, weiblich.

²⁷² Vgl. ebd., Todesdatum 05.08.1916, Schmidt, Juliane und zugehörige Akte.

„Altersschwäche“ Verstorbenen mit 70,3 (zwischen 64 und 82) Jahren. Drei Fälle verstorbener Frauen, deren Todesursache mit „Entkräftung“ formuliert wurde, sind einzeln aufgeführt, auch wenn vermutet werden kann, dass „Entkräftung“ und „Erschöpfung“ die gleiche Bedeutung hatten. Hier war die jüngste sogar erst 19 Jahre alt und litt an einer „Imbecillität mit Epilepsie“. Die Diagnosen der Erkrankten, die an „Erschöpfung“ verstarben, waren breit gefächert: vier litten an „Dementia praecox“, drei an „Katatonie“, je zwei an „Dementia paralytica“ und „Dementia senilis“, und je einer an „Dementia paranoides“, „Melancholie“, „epileptischer Seelenstörung“ und „Dementia arteriosclerotica“. Der Anteil an a.e. zum schizophrenen Formenkreis gehörenden Diagnosen ist wie im Vorjahr hoch.

Oberarzt Dr. Becker schrieb hierzu später:

„Eine durch die knappe Ernährung bedingte erhöhte Sterblichkeit war wohl fast in jeder Irrenanstalt zu beobachten. [...] Am meisten sah man das Zurückgehen bei Präkoxkranken, Delirien, Amentien, am wenigsten auffallenderweise bei Paralyse“²⁷³

Er beschreibt explizit, die Erkrankten, die bevorzugt unter der Mangelernährung litten, seien

„Fälle von starker dauernder Erregung, wie sie beim Verblödingsirresein, bei akuten halluzinatorischen Verwirrheitszuständen und ähnlichen Krankheitsbildern oft monate-, ja jahrelang im Vordergrund des Krankheitsbildes steht, die Kräfte des Kranken immer mehr aufbraucht und wahrscheinlich [...] auch das Zentrum im Gehirn, welches den Wiederersatz der einzelnen Zellen des Körpergewebes besorgt, in seinen Funktionen ungünstig beeinflusst. Diese Fälle [...] gingen jetzt rascher zugrunde.“²⁷⁴

²⁷³ Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 7.

²⁷⁴ Ebd., S. 5,6. Hinweise darauf, unter welchen Kriterien und in welchen Mengen Essensrationen unter den Patienten und Patientinnen verteilt wurden, fanden sich keine. Interessant wäre hier gewesen zu sehen, ob diejenigen, die krankheitsbedingt mehr konsumierten letztlich auch eine größere Essensration erhielten, oder, ob vielleicht Männer mehr bekamen als Frauen.

Die Todesursachen der „Inanition“²⁷⁵ und des „Marasmus“²⁷⁶, also einer expliziten Mangelernährung, kommt erstmals in der Dokumentation dieses Jahres hinzu. Die beiden an „Inanition“ verstorbenen Patientinnen litten an „Dementia paranoides“ und die an „Marasmus“ verstorbenen an „Dementia praecox“. Der einzige an „Marasmus“ verstorbene Mann litt an „Dementia senilis“.

Die Unterernährung führte scheinbar bei den verschiedenen Personen zu ähnlichen körperlichen Reaktionen. Gewichtsangaben bzw. -änderungen wurden auch in den Krankenakten vermerkt. Dr. Becker schreibt diesbezüglich:

*„Die Erscheinungen, unter denen diese Kranken sich zu erschöpfen pflegten und die Mortalitätsziffer im Frühjahr 1917 so ungewöhnlich emporschnellen liessen, sind von verschiedenen Seiten sattsam beschrieben und meist „Oedemkrankheit“ genannt worden. [...] Dieses [...] grassierende Leiden bestand meist in Oedemen, vornehmlich an den unteren Extremitäten und im Gesicht [...]; sodann sah man eine auffallende Polyurie und Bradykardie, ständige Gewichtsabnahme.“*²⁷⁷

Die Ausmaße der Hungersnot nahmen zusehends dramatische Ausmaße an:

*„Ich glaube sogar die Erfahrung gemacht zu haben, dass das Gewicht noch tiefer sinkt, als wir es in Friedenszeiten bei den sich allmählich erschöpfenden Psychosen zu sehen gewohnt waren. Das Sinken eines Mittelgroßen Frauenkörpers auf 30kg war früher eine grosse Ausnahme, jetzt nicht mehr, und ich sah schon Gewichte von 25-26kg.“*²⁷⁸

Aufgrund der Mangelernährung kam es auch zunehmend zu Hautausschlägen, die „Pseudoskabies“ (also „Pseudokrätze“) genannt wurde, da sie sich klinisch sehr ähnlich zu einer regulären Krätze manifestierte. Mikroskopisch konnte sich jedoch eine erregerbedingte Krankheit ausschließen lassen, weshalb in Anbetracht des gesamten Symptomkomplexes eine hungerassoziierte Genese angenommen wurde.²⁷⁹

²⁷⁵ Eine Definition der „Inanition“ von 1902 lautet: „Entkräftung, infolge von erschöpfenden Entleerungen aller Art (z.B: Blutverlusten), von Krankheiten, Marasmus etc. Hauptsächlich jedoch durch vollkommene Nahrungsenthaltung oder langandauernde ungenügende Ernährung bedingte Erschöpfungszustand.“

Guttman, Walter: Medizinische Terminologie. Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften. Berlin/Wien, 1902, S. 460, 461.

²⁷⁶ Der Marasmus wird 1897 beschrieben als: „Schwund, allgemeine Atrophie der Gewebe, bedeutet einen mehr dauernden niedrigen Ernährungszustand.“ Roth, Otto: Klinische Terminologie. 5. Auflage, Leipzig, 1897, S. 313.

²⁷⁷ Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 6,7.

²⁷⁸ Ebd., S. 7.

²⁷⁹ Vgl. ebd., S. 8,9.

Die zweithäufigste Todesursache war nach „Erschöpfung“ der „Marasmus paralyticus“. Wieder litten alle hieran Verstorbenen an einer syphilitischen Grunderkrankung (ein Fall an „Taboparalyse“, die weiteren an „Dementia paralytica“). Genauso verhält es sich auch mit den Todesursachen „paralytischer Anfall“, „paralytische Gehirnlähmung“, „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“ und „Status paralyticus“.

Wie in allen vorangegangenen Jahren ist „Dementia paralytica“ 1916 mit ca. 22% die häufigste Todesursache insgesamt bei den Männern. Bei den Frauen ist „Dementia senilis“ die häufigste (20% der Frauen waren betroffen) und insgesamt die 2. häufigste Diagnose mit ca. 18%.

Spannend ist gerade im Vergleich zum Vorjahr der Blick auf die Todesursache „Gehirnlähmung“: Sie findet sich in den Formulierungen „paralytische Gehirnlähmung“ und „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“ – die wahrscheinlich zwei Formulierungen der gleichen Todesursache darstellen. Zweimal findet sich lediglich „Gehirnlähmung“ ohne weitere Umschreibung. Die hieran Verstorbenen litten jedoch an „Dementia arteriosclerotica“ und an Epilepsie. Im Vergleich dazu litten im Vorjahr 1915 *alle* an „Gehirnlähmung“ Verstorbenen an einer „Dementia paralytica“. Dies ist ein erneuter Hinweis darauf, dass diese Todesursache eine heterogenere Gruppe umfassen könnte, als zunächst angenommen.

Fraglich ist, ob die Todesursachen „Herzlähmung“, „Herzschwäche“ und „Herzschlag“ tatsächlich verschiedene waren. Es ergibt sich kein genauere Hinweis auf die Klärung dieser Frage aus den zugrunde liegenden Diagnosen der Betroffenen: Diese sind mit „epileptischer Seelenstörung“, „Schwachsinn“, „Melancholie“, „Dementia paranoides“ und „Dementia senilis“ sehr verschieden. Zudem ist die Diagnose der an „Herzschlag“ verstorbenen Frau unbekannt.

Bei den Diagnosen der Verstorbenen im Jahr 1916 zeigen sich fünf verschiedene Formulierungen, insgesamt sieben Personen betreffend, die allesamt Epilepsie assoziiert sind. Hierbei handelt es sich um die „epileptische Seelenstörung“, „Dementia epileptica“, „Epilepsie“, „Epilepsie mit Imbecillität“ und „epileptisches Irresein“. Es bleibt unklar, ob hier tatsächlich explizit unterschiedliche Erkrankungen benannt wurden, oder ob sich

diese Erkrankungen zusammenfassen ließen. Einzelnen aufgeführt, fallen diese Diagnosen in der Auswertung zunächst weniger ins Gewicht. Trotzdem scheinen zumindest sieben der 1916 insgesamt Verstorbenen maßgeblich an einer Epilepsie erkrankt gewesen zu sein. Nur einer erlag jedoch seiner Grunderkrankung im Sinne von epileptischen Anfällen.²⁸⁰ Die weiteren Betroffenen (zwei Todesursachen bleiben unbekannt) verstarben an „Herzlähmung“²⁸¹, „Erschöpfung“²⁸², „Entkräftung“²⁸³ und „Gehirnlähmung“²⁸⁴ (mit je 40, 48, 19 und 62 Jahren) – gerade in Anbetracht des eher jungen Alters ungewöhnlich unspezifische Todesursachen. Auch hier kann nur vermutet werden, dass vielleicht der kriegsbedingte Hunger das frühe Versterben unterstützt haben könnte.

Die Daten der Todesursachen sind insgesamt jedoch etwas verzerrt durch den hohen Anteil (25%) an unbekannten Todesursachen. Diese bleiben unbekannt, da etwa ein Viertel der Verstorbenen nicht im Sektionsbuch vermerkt und ihre Todesursachen auch nicht in den Akten dokumentiert worden sind.

Der kürzeste Aufenthalt in der Anstalt bei den Männern lag bei zwei Wochen bis zum Versterben. Bei den Frauen betrug er immerhin einen Monat. Bei beiden Geschlechtern lag der längste Aufenthalt bei über fünf Jahren (ca. 5,5 Jahre bei den Frauen und 5 Jahre und 2 Monate bei den Männern). Diese hatten also etwa seit Gründung der Klinik in der Anstalt gelebt. Der durchschnittliche Aufenthalt lag bei beiden Geschlechtern bei etwa zwei Jahren und drei Monaten.

Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass kriegsbedingt die Organisation der Klinik in Mitleidenschaft gezogen wurde. Die Todesfälle nahmen durch die Mangelernährung stark zu. Gleichzeitig bleibt die Sektionspraxis aus. Grund hierfür ist neben dem gesunkenen Bestand an Pflegekräften wohl auch, dass es nicht genügend Zeit für Sektionen gab und deren Zweck in Anbetracht der Gesamtsituation als sekundär eingeschätzt worden war.

²⁸⁰ Vgl. Sektionsbuch 2, Todesdatum 09.06.1916, Probst, Jakob und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, männlich.

²⁸¹ Vgl. ebd., Todesdatum 28.01.1916, Eiser, Peter und zugehörige Akte.

²⁸² Vgl. ebd., Todesdatum 24.06.1916, Schön, Maria und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1916, weiblich.

²⁸³ Vgl. ebd., Todesdatum 07.08.1916, Krämer, Wilhelmine und zugehörige Akte.

²⁸⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 06.04.1916, Kieser, Karoline und zugehörige Akte.

4.8. Sezierte im Jahr 1927

Das Jahr 1927 ist das erste Jahr, zu welchem es nach 1916 wieder Sektionsprotokolle gibt. Interessanterweise wird ab diesem Jahr in der Liste *Krankensbewegung* eine Zählung pro Kalenderjahr eingeführt und nicht mehr wie zuvor nach dem ersten Quartal eines jeden Jahres. Die Anzahl an Patienten und Patientinnen lag am 01.01.1927 bei 768 Personen und bis zum 31.12.1927 bei 747.²⁸⁵

In den Sektionsbüchern wurden 42 Todesfälle dokumentiert. Erst bei der weiteren Durchsicht der Krankenakten desselben Jahres finden sich Todesfälle von weiteren 12 Männern. Weiterhin lagen nicht alle Krankenakten zu den 42 im Sektionsbuch dokumentierten Fällen vor. Alle 24 Krankenakten der weiblichen Verstorbenen fehlen.

Im Gegensatz zum Jahr 1916, in welchem die Diagnosen auch im Sektionsbuch notiert wurden, sind diese im Jahr 1927 nur in den Krankenakten dokumentiert worden. Da lediglich die Krankenakten der männlichen Verstorbenen erhalten sind, fehlen bei der Auswertung die Diagnosen aller weiblichen Verstorbenen. In der Zwischenzeit scheint es also verwaltungstechnische Änderungen in der Art der Dokumentation gegeben zu haben.

Tabelle 32: Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1927

	Sektionsbuch	Krankenakten
Männer	18	30
Frauen	24	0
Insgesamt	42	30

Tabelle 33: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1927

	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	30	17	13
Frauen	24	23	1
Insgesamt	54	40	14

²⁸⁵ Vgl. VKW 64 (1928), S. 220.

Tabelle 34: Todesursachen der verstorbenen Männer 1927 (nicht sezierte **rot**;
Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Marasmus paralyticus	4	47, progressive Paralyse, 11,6m 52, progressive Paralyse, 3,2m (<u>Herz nach MR: Aortitis syphilitica bestätigt</u>) 58, Taboparalyse, 3,8m (<u>Herz, Niere, Darm, Blase nach MR: keine Aortitis syphilitica</u>) –, Dementia paralytica, 11,8m
Herztod	3	53, progressive Paralyse, 1a 2,9m (Herztod (Paralyse) bei beg. rechtsseitiger Pneumonie) (<u>Herz nach MR: Aortitis luetica</u>) 55, Dementia epileptica, 6a 11,3m (Herztod bei epileptischem Anfall; <u>Hoden nach MR: Hoden-Tbc bestätigt</u>) 58, chron. Alkoholismus, 2a 3,6m (<u>Herz, Leber, Niere nach MR: Herzverfettung</u>)
Tuberkulose	2	35, Katatonie, 2a 11,8m (Lungen Tbc) 41, Dementia paranoides, 3a 11,4m (Lungen- und Darm- Tbc) (<u>Kehlkopf nach MR</u>)
Marasmus senilis	2	72, Dementia senilis, 2a 7,6m 73, Arteriosklerose, 28d
Status epilepticus	2	37, Katatonie (Epilepsie), 1a 11,6m 44, Epilepsie, 5a 20d
Erschöpfung	2	50, Katatonie, 3a 15d (Erschöpfung bei Schrumpfniere und Pericarditis) 58, Epilepsie, 5a 5,8m (Erschöpfung bei Epilepsie) ("Sektion auf Wunsch der Angehörigen unterblieben")
Paralyse	1	51, Paralyse, 2a 1,1m (<u>Niere nach MR: Pyelonephritis bestätigt</u>)

Herzschwäche und Pneumonie bei progressiver Paralyse	1	–, –, – (<u>Herz nach MR: Bestätigung Aortitis syphilitica</u>)
Pneumonie	1	42, Epilepsie, 25d
Arteriosclerosis cerebri et cordis	1	77, Epilepsie, 3a, 3,6m
Lungengangrän	1	66, Arteriosclerosis cerebri, 5,8m
paralytischer Anfall	1	49, progressive Paralyse, 17d (Notiz in Akte unter <i>Todesursache: "Sektion ergab paralytischen Anfall"</i> , jedoch im Sektionsbuch nicht aufgeführt)
Embolie	1	41, Frühkatatonie, 2a 5,8m (Embolie durch Aortengeschwür bei progressiver Paralyse)
unbekannt	8	41, progressive Paralyse, 1a 2,8m 46, progressive Paralyse, 1m 49, chron. Alkoholismus, 2a 13d 54, progressive Paralyse, 1a 15d 54, progressive Paralyse, 1a 7,9m 58, Schizophrenie, 3a 1,5m (Notiz in Akte unter <i>Todesursache: "Siehe Sektionsprotokoll"</i> , jedoch im Sektionsbuch nicht aufgeführt) 61, katatonisches Irresein, 6a 11m 77, Dementia arteriosclerotica, 11d
Gesamt	30	

Anmerkung: In den Klammern sind in dieser und den nächsten Tabellen der Todesursachen am Zeilenende entweder Erläuterungen zur Todesursache oder (ab diesem Jahr erstmals, und in den folgenden weiterhin) genauere Angaben zu Präparat-Einsendungen (MR = Pathologisches Institut Marburg) vermerkt. Außerdem sind Notizen in Anführungszeichen notiert (z.B. bzgl. ausgefallener Sektionen oder widersprüchlicher Angaben in Akte und Sektionsbericht).

Tabelle 35: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1927 (nicht sezierte **rot**;
Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Erschöpfung	6	<p>–, –, – (Erschöpfung bei Darm-Tbc) ("Sektion unterblieben, da die Leiche sofort abgeholt wurde")</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) (<u>Herz nach MR: unauffällig</u>)</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) (<u>Gehirn nach FFM: mikroskopische Auffälligkeiten</u>)</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p> <p>–, –, –</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p>
Tuberkulose	3	<p>–, –, – (Miliartuberkulose bei offenem Foramen ovale) (<u>Kehlkopf an HNO Klinik versendet</u>)</p> <p>–, –, – (Lungen-Tbc) (<u>Niere nach MR: Ausschluss Arteriosklerose der Nieren</u>)</p> <p>–, –, – (allgemeine Tuberkulose) (<u>Kehlkopf nach MR</u>)</p>
Herztod	4	<p>–, –, – (Herztod bei Status epilepticus)</p> <p>–, –, – (Herztod bei Lungen-Tbc)</p> <p>–, –, – (Herztod bei beginnendem Darmkatarrh)</p> <p>–, –, – (Herztod bei Tabo-Paralyse) (<u>Herz nach MR: Keine Aortenlues</u>)</p>
Herzschwäche	2	<p>–, –, – (Herzschwäche bei Geisteskrankheit)</p> <p>–, –, – (Herzschwäche bei Darmerkrankung)</p>
Pneumonie	1	–, –, –
Arteriosclerosis cerebri et cordis	1	–, –, –
Coma diabeticum	1	–, –, –
Herzruptur	1	–, –, – ("Typhusbazillendarmausscheiderin", <u>Herz, Niere und Gallenblase nach MR</u>)

Gehirnblutung	1	–, –, –
Marasmus senilis	1	–, –, –
Thrombose vena magna galeni	1	–, –, – (<u>Gehirn und Dura nach MR: Thrombose vena magna galeni</u>)
Chorea	1	–, –, – (<u>Gehirn nach FFM; Herz, Leber, Nieren, Milz, Pankreas, Magen nach MR: nicht eindeutiger Befund</u>)
Encephalitis	1	–, –, –
Gesamt	24	

Anmerkung: „FFM“ steht für die Universität in Frankfurt. Neben einem der Einträge fand sich neben den handschriftlichen Untersuchungsbefunden auch ein eingeklebtes Antwortschreiben aus Frankfurt, auf dem sich ein Stempelabdruck mit der Umschrift „Universität“ findet. Es kann also vermutet werden, dass die Organ-Präparate in das Pathologische Institut oder die Nervenlinik der Universität Frankfurt gesandt wurden.²⁸⁶

Tabelle 36: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1927

Todesursachen	Anzahl Männer & Frauen
Erschöpfung	8
Herztod	7
Tuberkulose	5
Marasmus paralyticus	4
Marasmus senilis	3
Herzschwäche	2
Status epilepticus	2
Pneumonie	2
Arteriosclerosis cerebri et cordis	2
Thrombose vena magna galeni	1
Paralyse	1
paralytischer Anfall	1

²⁸⁶ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 13.10.1927, Wendt, Elise.

Lungengangrän	1
Herzruptur	1
Herzschwäche und Pneumonie bei progressiver Paralyse	1
Gehirnblutung	1
Encephalitis	1
Embolie	1
Coma diabeticum	1
Chorea	1
unbekannt	8
Gesamt	54

Tabelle 37: Diagnosen der Verstorbenen 1927

Diagnosen	Männer	Frauen	Gesamt
progressive Paralyse	8	0	8
Katatonie	5 (1x katatonisches Irresein)	0	5
Epilepsie	4	0	4
Arteriosclerose	2	0	2
chron. Alkoholismus	2	0	2
Taboparalyse	1	0	1
Dementia paralytica	1	0	1
Dementia paranoides	1	0	1
Dementia senilis	1	0	1
Dementia arteriosclerotica	1	0	1
Dementia epileptica	1	0	1
Paralyse	1	0	1
Schizophrenie	1	0	1
unbekannt	1	24	25
Gesamt	30	24	54

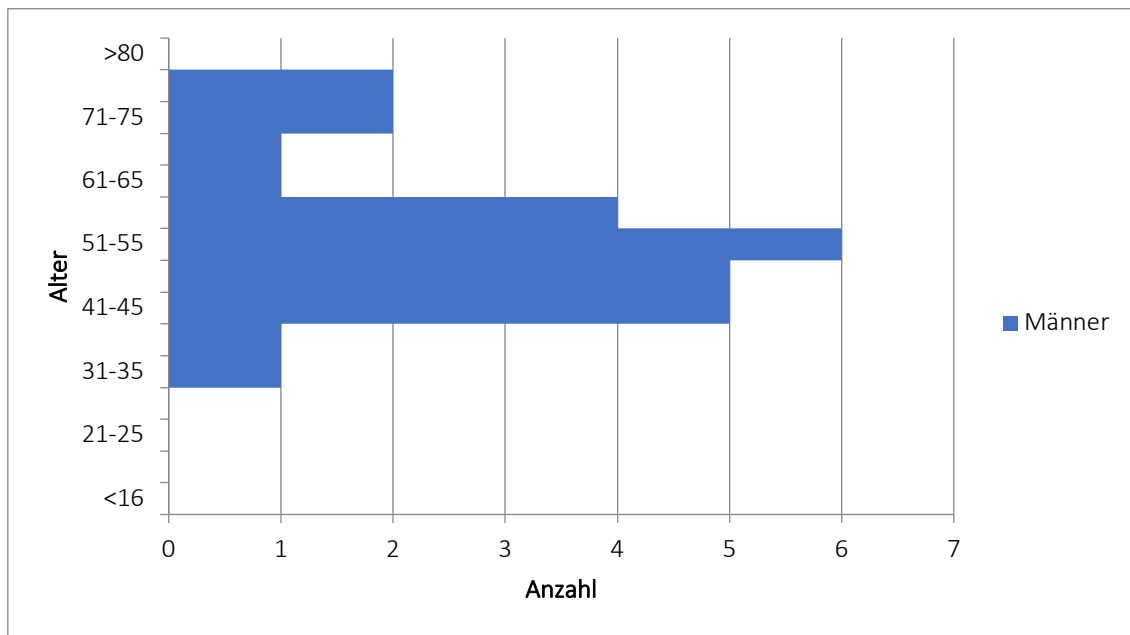


Diagramm 6: Alterspyramide der verstorbenen Männer 1927

Anmerkung: Bei fehlenden Krankenakten aller weiblichen Verstorbenen fehlen die Altersangaben. Im Diagramm sind folglich nur die Altersangaben der verstorbenen Männer berücksichtigt (außer zweier Patienten, deren Alter nicht bekannt ist).

Auswertung des Jahres 1927:

Erstmals wird eine Kooperation zwischen der HPA in Herborn und dem Pathologischen Institut der Universität Marburg deutlich. Zu den meisten Sektionen wurde seitens Herborns vermerkt, dass und welche Organe (meist Herz, Kehlkopf, Gehirn oder Nieren) zur Diagnosesicherung oder auch zu Forschungszwecken nach Marburg geschickt wurden. Wie zuvor beschrieben, weist das Pathologische Institut Marburg darauf hin, sehr an bestimmten Präparaten von an Syphilis Erkrankten interessiert zu sein, nachdem es eine Diagnosesicherung bei einer eingeschickten Niere eines Syphilitikers bestätigt hatte (Siehe Kapitel Zum Material).

Tatsächlich lässt sich daraufhin verfolgen, dass weitere acht Herzpräparate von an Syphilis Erkrankten und Verstorbenen mit unklarer Todesursache noch im gleichen Jahr nach Marburg geschickt wurden. Das Pathologische Institut Marburg antwortet stets mit dem pathologischen Befund und teilweise sogar explizitem Dank.²⁸⁷

²⁸⁷ Der damalige Leiter der Marburger Pathologie Max Versé (1877-1947, in Marburg ab 1923) war bis 1918 in der Pathologie in Leipzig tätig und hatte während dieser Zeit vielfach zum Thema der Gefäßveränderungen bei Syphilis publiziert: Vgl. Versé, Max: Über Periarteriitis nodosa. In: Münchener

Vier aller in den Sektionsbüchern dokumentierten Verstorbenen wurden nicht seziert. Bei zweien wurden die Gründe des Ausbleibens der Sektion vermerkt. Bei einer an „Erschöpfung bei Darmtuberkulose“ verstorbenen Patientin heißt es *„Sektion unterblieben, da die Leiche sofort abgeholt wurde“*²⁸⁸ und bei einem 58-jährigen an „Erschöpfung bei Epilepsie“ Verstorbenen, der aus Frankfurt stammte, steht: *„Sektion auf Wunsch der Angehörigen unterblieben“*²⁸⁹. Dies weist darauf hin, dass die Angehörigen eine Sektion auch ablehnen konnten. Außerdem ermöglichte der technische Fortschritt der Zeit der Klinik nun, Angehörige Verstorbener schneller per Telegramm, Telefon oder Telegraphen zu erreichen, um eine Zustimmung zu erbitten. Möglich wäre auch eine aktive Widerspruchsregelung.

In zwei Fällen, die erst bei Durchsicht der Krankenakten aufgefallen sind, wurde in der Akte selbst unter „Todesursache“ darauf verwiesen, diese habe sich aus der Sektion ergeben²⁹⁰ bzw. sei im Sektionsbuch vermerkt²⁹¹ – was jedoch nach Durchsicht des Sektionsbuches nicht der Fall ist. Die Dokumentation scheint also lückenhaft vollzogen worden zu sein.

Die häufigste Todesursache ist interessanterweise selbst 9 Jahre nach Kriegsende weiterhin „Erschöpfung“ mit knapp 15%, dicht gefolgt durch „Herztod“ mit ca. 13%. Die Todesursache „Erschöpfung“ wird jedoch in diesem Jahr anders als in den Vorjahren genauer umschrieben: so heißt es oft *„Erschöpfung bei... Epilepsie“* oder *„... Darm-Tbc“*. Ähnlich verhält es sich beim „Herztod“. Die jeweilig genauere Umschreibung der Todesursache findet sich in Klammern. Beide Begrifflichkeiten könnten wahrscheinlich geradezu synonym zu „Tod durch...“ gewertet werden. Unklarer ist jedoch die auch

Medizinische Wochenschrift, 52. Jahrgang, 2. Halbjahr, Heft Nr. 38, 19. September 1905, S. 1809-1812, ders.: Periarteriitis nodosa und Arteriitis syphilitica cerebialis. In: Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und für allgemeine Pathologie, Band 40, 1907, S. 409, ders.: Über Phlebitis syphilitica cerebrospinalis. In: Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und für allgemeine Pathologie, Band 56, 1913 sowie ders.: Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, 2. Halbjahr Nr. 44, 1913, S. 2446-2448. Publikationen seitens des Marburger Pathologischen Instituts bezüglich des Themas konnten jedoch nicht gefunden werden. Er scheint jedoch an speziell dem Thema der Gefäßveränderungen bei Syphilis wissenschaftliches Interesse gehabt zu haben und dieses womöglich auch noch während seiner Tätigkeit in Marburg weiter verfolgt zu haben.

²⁸⁸ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 06.08.1927, Mergler, *Nachname unleserlich, weiblich*.

²⁸⁹ Vgl. ebd., Todesdatum 27.04.1927, Weber, Heinrich und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1927, männlich.

²⁹⁰ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1927, männlich, Weissert, Friedrich, geb. 21.04.1877, Todesdatum 13.03.1927.

²⁹¹ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1927, männlich, Keiling, Philipp, geb. 19.11.1868, Todesdatum 04.05.1927.

aufgeführte Umschreibung „Erschöpfung durch Geisteskrankheit“. Diese Formulierung betrifft vier verstorbene Frauen ohne bekannte Diagnosen.

Die weitere Auswertung dieses Jahres fällt aufgrund der lückenhaften Datenlage schwer. Es ist keine einzige Diagnose einer weiblichen Verstorbenen bekannt.

Die häufigste Diagnose unter den verstorbenen Männern ist mit 27% erstmals die „progressive Paralyse“. Die weiteren syphilitischen Patienten mit den Diagnosen „Dementia paralytica“ (die in den ersten untersuchten Jahren dominierende „Dementia paralytica“ kommt 1927 nur einmal vor), „Taboparalyse“ und „progressive Paralyse“ verstarben an „Marasmus paralyticus“ und „paralytischem Anfall“. Bei vier Fällen mit „progressiver Paralyse“ bleibt die Todesursache unklar. In einem Fall, in welchem die Todesursache mit „Herzschwäche und Pneumonie bei progressiver Paralyse“ beschrieben ist, jedoch keine Akte zur weiteren Eruierung des Falls vorhanden war, wurde nach der Sektion im nach Marburg verschickten Herzpräparat eine „Aortitis syphilitica“ festgestellt. Hierdurch war also auch in diesem Fall eine syphilitische Diagnose gesichert.²⁹²

Es ist weiterhin auch interessant, dass sich in diesem Jahr erstmals die Diagnose „Schizophrenie“ als solche formuliert findet. Hier scheint der Wechsel der Nomenklatur durch Eugen Bleuler Einzug in den Klinikalltag gefunden zu haben.

Auch die Aufenthaltsdauern sind nur bei den Männern aus den Krankenakten ersichtlich. Der kürzeste Aufenthalt lag bei 11 Tagen und der längste bei 6 und 11 Monaten. Durchschnittlich verbrachten die verstorbenen Männer ca. 2 Jahre und 2 Monate in der Anstalt. Der jüngste verstorbene Mann war 35 Jahre alt und bei einer „Katatonie“ als Grunderkrankung an einer Tuberkulose verstorben.²⁹³ Wenn auch nur vereinzelt, kam es also, wie im ersten untersuchten Zeitabschnitt, weiterhin zu sehr kurzen Verweildauern bis zum Versterben.

²⁹² Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 06.08.1927, Jordan, Julian.

²⁹³ Vgl. ebd., Todesdatum 31.07.1927, Cloos, Wilhelm und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1927, männlich.

4.9. Sektionen im Jahr 1928

Der Betrieb in der HPA Herborn startete im Januar 1928 mit 747 Patienten und Patientinnen in das neue Jahr.²⁹⁴ Im Dezember betrug die Gesamtzahl 820, von denen 438 Personen männlich und 382 weiblich waren.²⁹⁵

Die Sektionen aus dem Jahr 1928 wurden im Sektionsbuch ausführlich dokumentiert. Allerdings fehlen 39 zugehörige Krankenakten, darunter wie im Vorjahr alle der verstorbenen Frauen, wodurch wieder die Angabe zu den Diagnosen, zum Alter und zu den Aufenthaltsdauern unbekannt bleiben. Sechs aufgeführte Diagnosen der verstorbenen Frauen waren aus den Protokollen ersichtlich.

Zudem wurde der Todesfall eines Mannes erst nach Einsicht der Krankenakten sichtbar, da er nicht in dem Sektionsbuch erfasst wurde.

Ein Fall konnte bei unleserlicher Schrift keinem Geschlecht zugeordnet werden. Der Umstand, dass sich auch keine passende Akte zu diesem Fall fand, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass es sich hierbei um eine Frau gehandelt hat. Der Fall wird jedoch in der Auswertung einzeln aufgeführt und keinem Geschlecht zugeordnet.

Tabelle 38: Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1928

Geschlecht	Sektionsbuch	Krankenakten
Männer	23	19
Frauen	33	0
unbekannt	1	0
Gesamt	57	19

Tabelle 39: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1928

Geschlecht	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	23	17	6
Frauen	33	28	5
unbekannt	1	0	1
Gesamt	57	45	12

²⁹⁴ Vgl. Liste *Krankenbewegung*.

²⁹⁵ Vgl. VKW 65 (1929), S. 389.

Tabelle 40: Todesursachen der verstorbenen Männer 1928 (nicht sezierte **rot**,
Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Erschöpfung	4	47, Dementia paralytica, 10,5m (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) 73, Dementia senilis, 10d (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) ("Feiertag, Leiche abgeholt") 75, Idiotie, 1,6m (Erschöpfung bei arteriosklerotischem Irresein) –, –, – (Erschöpfung bei Darmkatarrh und Darm-Tbc)
Tuberkulose	3	24, Epilepsie mit Seelenstörung, 1a 3,6m (Darmperforation bei Tuberkulose) (<u>Kehlkopf nach MR</u>) 25, Hebephrenie, 4a 1,3m (Lungen-Tbc) –, Debität mit Erregungszuständen, –
Marasmus paralyticus	2	49, progressive Paralyse, 2a 5,1m 50, progressive Paralyse, 2a 4,7m (<u>Herz, Nieren, Blase nach MR</u>)
Herztod	1	78, Dementia arteriosclerotica, – (Herztod bei Marasmus infolge von Geisteskrankheit)
Herzschwäche	1	34, paranoide Schizophrenie, 2a 8,9m (Herzschwäche bei Geisteskrankheit)
Apoplexie	1	–, –, –
Sepsis	1	–, –, – (Sepsis hervorgerufen durch Mundbodenphlegmone)
Aspiration	1	40, Dementia epileptica, 9,1m (Erbrechen und Aspiration nach epileptischem Anfall)
Arteriosklerose	1	78, Dementia senilis, 21d (Arteriosklerose d. Gehirns und Herzens)
Altersschwäche	1	78, Arteriosclerosis cerebri, 2a 10,4m (keine Sektion, weil in Usingen verstorben)

Status epilepticus	1	22, Epilepsie mit Seelenstörung, 2a 1,2m ("Keine Sektion, da Todesursache klar")
Carcinomatose	1	63, chron. Alkoholismus, 5,7m (<u>patholog. Bericht aus MR bestätigt Metastasen, jedoch klärt Ursprung nicht</u>)
multiple Gehirnblutungen	1	24, Hebephrenie, 5a 2,2m (Gehirnerschütterung durch Sturz aus dem Fenster des 3. Stocks)
Rektum-Carcinom	1	–, chron. Alkoholismus, – (<u>Rektum nach MR: Pathologischer Befund bestätigt Rektum Ca</u>)
Tod durch Erhängen	1	53, Depression, 11,7m
Darmkatarrh bei Marasmus senilis	1	72, Dementia senilis, 8d
unbekannt	1	30, Hebephrenie, 7a 4,9m
Gesamt	23	

Tabelle 41: Todesursache des oder der Verstorbenen mit unbekanntem Geschlecht 1928 (da nicht seziert **rot**)

Todesursache	Anzahl	Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Marasmus senilis	1	–, –, –

Tabelle 42: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1928 (nicht sezierte **rot**, Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Tuberkulose	8	–, Dementia paranoides, (sekundäre Anämie bei Lungen- und Mesenterialdrüsen-Tbc)
		–, Dementia paranoides, – (Lungen-Tbc)
		–, –, – (Miliar-Tbc beider Lungen) (<u>Kehlkopf an HNO Klinik Marburg</u>)
		–, –, – (Lungen-Tbc)
		–, –, – (Lungen-Tbc)

		<p>–, –, – (Lungen- und Darm-Tbc)</p> <p>–, –, – (Lungen- und Darm-Tbc)</p> <p>–, –, – (Lungen-Tbc)</p>
Erschöpfung	5	<p>–, –, – (Erschöpfung bei hypostatischer Pneumonie und einseitiger Tbc)</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) (<u>Darm nach MR geschickt</u>)</p> <p>–, –, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) ("Sektion findet nicht statt, da die Pat. sofort abgeholt wird")</p> <p>–, Dementia paranoides, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p>
Nephritis	4	<p>–, –, –</p> <p>–, Dementia paralytica, –</p> <p>–, –, – (<u>Gehirn nach FFM, Nieren nach MR</u>)</p> <p>–, –, – (Pyelonephritis und Arteriosklerose Herz und Hirn)</p> <p>(<u>Gehirn nach FFM, Nieren nach MR: bestätigt Pyelonephritis</u>)</p>
paralytischer Anfall	2	<p>–, –, – (nur Hirn seziert)</p> <p>–, –, –</p>
Marasmus paralyticus	2	<p>–, –, – (<u>MR bestätigt cerebrale syphilitische Gumma</u>)</p> <p>–, –, – (Marasmus bei Paralyse)</p>
Arteriosklerose	1	–, –, –
Pneumonie	1	–, –, – (<u>Leber nach MR</u>)
Herztod	1	–, –, – (Herztod bei Pneumonie) (<u>Herz nach MR: arteriosklerotische Veränderungen bei Aortitis syphilitica</u>)
Herzschwäche	1	–, –, – (Herzschwäche bei Erschöpfung bei Geisteskrankheit) ("Nicht seziert, da die Angehörigen die Leiche gleich abholen")
Carcinom	1	–, –, – (in Usingen verstorben)
Adenocarcinom Mamma mit	1	–, –, – (<u>Mamma und Lungen nach MR: Befund bestätigt</u>)

Lungen-Metastasen		
Apoplexie	1	–, –, – ("Starb im Krankenhaus Usingen, keine Autopsie")
Urämie	1	–, –, –
Leber-Ca	1	–, –, – (<u>Herz, Leber, Niere mit Ureter u. Blase nach MR</u>)
Lungenembolie	1	–, –, –
Sepsis	1	–, Epilepsie, –
Gehirntumor	1	–, Psychopathie, – (<u>Herz und Gehirntumor nach MR: Tumor fraglich aber möglich</u>)
Gesamt	33	

Anmerkung: FFM=Universität in Frankfurt (a.e. Pathologisches Institut oder Nervenlinik der Universität Frankfurt).

Tabelle 43: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1928

Todesursachen	Anzahl Gesamt
Tuberkulose	11
Erschöpfung	9
Marasmus paralyticus	4
Nephritis	4
Arteriosklerose	2
Apoplexie	2
paralytischer Anfall	2
Sepsis	2
Herzschwäche	2
Herztod	2
Pneumonie	1
Adenocarcinom mit Lungenmetastasen	1
Altersschwäche	1
Carcinom	1
Carcinomatose	1
Darmkatarrh	1

Aspiration	1
Gehirntumor	1
Leber-Carcinom	1
Lungenembolie	1
Marasmus senilis	1
multiple Gehirnblutungen	1
Rectum-Carcinom	1
Status epilepticus	1
Tod durch Erhängen	1
Urämie	1
unbekannt	1
Gesamt	57

Tabelle 44: Diagnosen der Verstorbenen 1928

Diagnosen	Anzahl Männer	Anzahl Frauen	Anzahl Gesamt
Dementia paranoides	0	3	3
Dementia senilis	3	0	3
Hebephrenie	3	0	3
chron. Alkoholismus	2	0	2
Dementia paralytica	1	1	2
Epilepsie mit Seelenstörung	2	0	2
progressive Paralyse	2	0	2
Arteriosclerosis cerebri	1	0	1
Debilität mit Erregungszuständen	1	0	1
Dementia arteriosclerotica	1	0	1
Dementia epileptica	1	0	1
Depression	1	0	1
Epilepsie	0	1	1
Idiotie	1	0	1
Paranoide Schizophrenie	1	0	1

Psychopathie	0	1	1
unbekannt	3	27 (+1 ohne bekanntes Geschlecht)	31
Gesamt	23	33	57

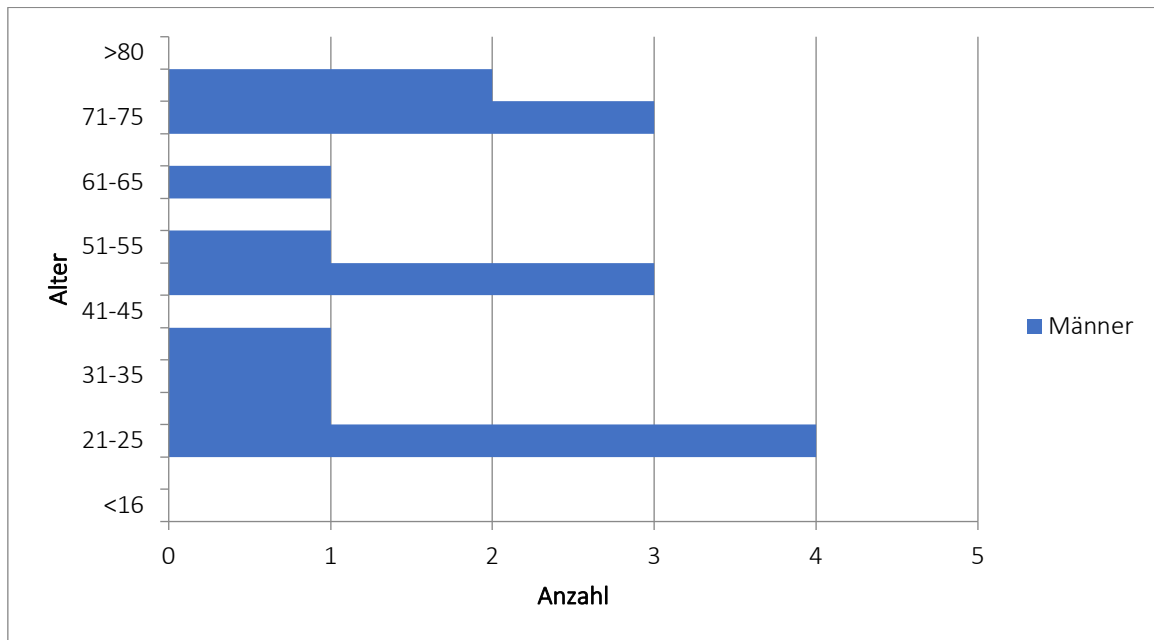


Diagramm 7: Alterspyramide der verstorbenen Männer 1928

Anmerkung: Das Alter von 5 Männern ist nicht bekannt und wurde daher nicht in dem Diagramm erfasst.

Auswertung des Jahres 1928:

Es ist wie schon im Vorjahr eine rege Kooperation zwischen der HPA Herborn und dem Pathologischen Institut in Marburg sichtbar: Seitens Herborns werden wieder einzelne Organe zur pathologischen Beurteilung nach Marburg geschickt. Es finden sich auch erneut Einsendungen in die Universität in Frankfurt am Main. Teilweise werden sogar von ein und derselben Leiche nach Sektion Organe des Situs nach Marburg und das Hirn separiert nach Frankfurt geschickt.²⁹⁶ Es handelt sich jedoch leider, wie auch schon im

²⁹⁶ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 05.05.1928, Koch, Babette und Todesdatum 19.11.1928, Grau, Vorname unbekannt, weiblich.

Vorjahr, um zwei Patientinnen, deren Krankenakten nicht erhalten geblieben sind, womit weiterführende Informationen (wie z.B. Herkunft, Voraufenthalte etc.) fehlen.²⁹⁷

Im Fall einer im „paralytischen Anfall“ verstorbenen Patientin ist in den Anmerkungen zur Sektion notiert, dass im Gegensatz zum sonstigen Usus ausschließlich das Hirn seziert wurde.²⁹⁸ Ein Grund hierfür erschließt sich nicht.

In drei Fällen fällt die Sektion aus, da die Leichen direkt von den Angehörigen abgeholt werden, teilweise mit dem Hinweis auf einen Feiertag.²⁹⁹ Scheinbar wurde nach Versterben eines Patienten oder einer Patientin direkt Kontakt zu den Angehörigen aufgenommen und das weitere Procedere (Sektion, Bestattung vor Ort oder extern) besprochen.

In drei weiteren Fällen entfallen die Sektionen mit dem Hinweis, die Erkrankten seien im Krankenhaus Usingen verstorben.³⁰⁰ Es wurden in der HPA Herborn schließlich nur die Personen seziert, die im eigenen Hause verstarben. Es scheinen keine Unternehmungen veranlasst worden zu sein, Verstorbene, die z.B. im Rahmen eines vorläufigen externen Klinikbesuchs verstarben, für eine Sektion zurückzuholen. Ungeklärt bleibt hingegen, weshalb die Personen überhaupt nach Usingen verlegt wurden, gehörte diese Einrichtung doch nicht zum ehemaligen Bezirkskommunalverband Wiesbaden.

Erstmals findet sich die Notiz *„Keine Sektion, weil Todesursache klar“*.³⁰¹ Dies könnte darauf hinweisen, dass die Sektionen tatsächlich lediglich zur Sicherung der Todesursache und, wie die Kooperation mit dem Marburger Pathologischen Institut zeigt, zu Forschungszwecken unternommen wurden. Diese Notiz findet sich beim Todeseintrag

²⁹⁷ Im Oktober 1931 wurde eine Kooperation zwischen der Universitätsnervenklinik Frankfurt am Main und dem Bezirksverband Hessen-Nassau als Träger u.a. der HPA Herborn eingeführt, welche im Neubau der Nervenklinik, der 1930 eröffnet wurde, eine vom Bezirksverband finanzierte Prosektur betrieb. Vgl. Institut für Stadtgeschichte in Frankfurt am Main, Magistratsakten, Signatur 2744, Aktenzeichen 7210, Band 1, Blätter 23-28. Der damalige Leiter der Klinik für Nerven- und Gemütskranke war Karl Kleist (1879-1960), Schüler der hochrangigen Neurologen Carl Wernicke (in Halle a. Saale) sowie Ludwig Edingers (in Frankfurt am Main). Kleist unternahm selbst auch zahlreiche neuroanatomische Forschungen. Vgl. Stolberg-Wernigerode, Otto zu: Neue deutsche Biographie. Bd.: 12, Berlin, 1980, S. 30. Die hier und im Vorjahr aufgeführten, nach Frankfurt versendeten Hirne könnten ein Hinweis auf eine schon zuvor bestehende Kooperation zwischen der Frankfurter Nervenklinik und der HPA Herborn sein. Mein ausdrücklicher Dank gilt an dieser Stelle Dr. Moritz Verdenhalven (Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Frankfurt am Main), von welchem diese Informationen stammen.

²⁹⁸ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 18.09.1928, Wenderoth, Emma.

²⁹⁹ Vgl. ebd., Todesdatum 03.03.1928, Volk, Margarethe; Todesdatum 31.03.1928, Zimmermann, Margarethe; Todesdatum 28.05.1928, Nicolai, Ferdinand und zugehörige Akte, Abgänge Herborn 1928, männlich.

³⁰⁰ Vgl. ebd., Todesdatum 25.01.1928 Jesl, Anna und Todesdatum 12.01.1928, Weisbender Margarethe sowie Todesdatum 09.07.1928, Wagner, Heinrich, zugehörige Akte.

³⁰¹ Vgl. ebd., Todesdatum 15.08.1928, Müller, Hermann und zugehörige Akte.

eines 22-jährigen Patienten, der aufgrund seiner „Epilepsie mit Seelenstörung“ seit ca. 2 Jahren schon in der HPA Herborn lebte und an einem „Status epilepticus“ verstarb. Der Tod während eines „Status epilepticus“, dessen Ursprung wohl der bekannten Epilepsie zugeschrieben wurde, scheint für die behandelnden Ärzte keine Fragen offen gelassen zu haben.³⁰² Die Sektionen scheinen zwar ein allgemeiner Standard gewesen zu sein, jedoch haben sich, wie in diesem Fall, aber auch an den zuvor erläuterten zahlreichen Einträgen von Todesursachen ohne vorherige Sektion deutlich wird, auch Todesursachen aus dem klinischen Kontext heraus ergeben.

Die häufigste Todesursache ist nun erstmals mit 19% die Tuberkulose. Im Gegensatz hierzu wird seitens der Klinikleitung in den Verhandlungen des Kommunallandtags Wiesbaden von 1929 aber auch vermerkt:

*„Der körperliche Gesundheitszustand war bei den Kranken im allgemeinen zufriedenstellend. Die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose ist gegenüber den Vorjahren zurückgegangen.“*³⁰³

Diese Behauptung spiegelt sich in den Krankenakten und Sektionsprotokollen nicht wider, wobei die zwischen 1916 und 1927 bestehende Lücke zu beachten ist, zu der keine Sektionsprotokolle vorliegen. Im Jahr 1927 erlagen nur 5 der 54 Verstorbenen (also ca. 9%) einer Tuberkulose, sowohl absolut als auch prozentual also weniger als 1928.

Die zweithäufigste Todesursache ist mit knapp 16% „Erschöpfung“. Diese wird sechs Mal mit dem Zusatz „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ formuliert, aber auch jeweils einmal mit „bei hypostatischer Pneumonie und einseitiger Tbc“³⁰⁴, „bei arteriosklerotischem Irresein“³⁰⁵, und „bei Darmkatarrh und Darm-Tuberkulose“³⁰⁶. Wie im Vorjahr bergen diese verschiedenen Formulierungen die Schwierigkeit der Zuordnung.³⁰⁷

³⁰² Bei anhaltendem Status epilepticus kann es infolge verschiedener Faktoren zum Tode kommen (z.B. durch ein Hirnödem, aber auch durch Verletzungen im Rahmen des Anfalls und kardiorespiratorische Störungen). Vgl. Hufschmidt, Andreas; Lücking, Carl Hermann, Rauer, Sebastian; Glocker, Franz Xaver (Hgs.): Neurologie compact. 7. überarbeitete Auflage, Stuttgart, Georg Thieme, 2017, S. 347.

³⁰³ VKW 65 (1929), S. 392.

³⁰⁴ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 21.03.1928, Westermann, Sophie.

³⁰⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 25.01.1928 Halm, Nikolaus und zugehörige Akte im LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1928, männlich.

³⁰⁶ Vgl. ebd., Todesdatum 04.01.1928, Wagner, Friedrich.

³⁰⁷ Als weiteres Beispiel der weit gefassten Formulierung kann auch der Fall der Herzschwäche bei den Frauen angebracht werden: Hier war als Todesursache „Herzschwäche bei Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ angegeben. Der Leser bekommt kaum eine Idee davon, was hier die tatsächliche Todesursache gewesen sein mag. Vgl. ebd., Todesdatum 03.03.1928, Volk, Margarethe.

Erstmals kommen als Todesursache mit fast 9% auch signifikant verschiedene Neoplasien hinzu. Hier werden genannt: ein „Adeno-Carcinom der Mamma mit Lungenmetastasen“³⁰⁸, ein nicht weiter umschriebenes „Carcinom“³⁰⁹, eine „Carcinomatose“³¹⁰, ein „Leber-Carcinom“³¹¹ und ein „Rektum-Carcinom“³¹². Außer beim Patienten mit der nur als „Carcinom“ umschriebenen Neoplasie, welcher in Usingen verstarb und nicht seziert wurde, wurden bei den weiteren vier Fällen jeweils Präparate zur weiteren Abklärung ins Pathologische Institut nach Marburg versendet und durch dessen weiterführende Untersuchungen der Gewebe die Diagnose gesichert. Es bestand also offenbar durchaus der Anspruch, einer unklaren Todesursache durch Sektion und histologische Untersuchung weiter auf den Grund zu gehen, auch wenn sie nicht mit der psychiatrischen Grunderkrankung zusammenhing.

Dadurch, dass erneut mehr als die Hälfte der Krankenakten fehlen und daher nur wenige Diagnosen nachvollzogen werden können, bietet die Statistik der Diagnosen ein verzerrtes Bild.

Drei der nur sechs bekannten Diagnosen der Frauen war „Dementia paranoides“.

Bei den Männern war die häufigste Diagnose mit jedoch je nur drei Fällen „Dementia senilis“ und „Hebephrenie“ (5% der insgesamt Verstorbenen und 13% der verstorbenen Männer). Im Vergleich zu den Vorjahren treten als neue Formulierungen ein Fall einer Depression und ein Fall einer „paranoiden Schizophrenie“ auf.

Wie zuvor finden sich wieder verschiedene, einzeln aufgeführte Diagnosen, die offenbar eine Epilepsie als Grunderkrankung beinhalten: Das sind zweimal „Epilepsie mit Seelenstörung“, eine „Dementia epileptica“ und eine „Epilepsie“. Mit vier Fällen rücken damit die im Nachhinein als „Epilepsie assoziierten“ Erkrankungen mit in die Reihe der häufigsten Diagnosen der Männer.

Als syphilitische Diagnosen finden sich 1928 lediglich zwei Fälle von „Dementia paralytica“ und zwei einer „progressiven Paralyse“. Die beiden Patienten mit „progressiver Paralyse“ starben durch „Marasmus paralyticus“ und damit an ihrem Grundleiden. Die beiden Verstorbenen mit „Dementia paralytica“ hingegen verstarben

³⁰⁸ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 30.01.1928, Metz, Victoria.

³⁰⁹ Vgl. ebd., Todesdatum 25.01.1928, Jesl, Anna.

³¹⁰ Vgl. ebd., Todesdatum 16.10.1928, Ferdinand, Karl und zugehörige Akte.

³¹¹ Vgl. ebd., Todesdatum 08.04.1928, Mehl, Berta.

³¹² Vgl. ebd., Todesdatum 16.12.1928, Netz, August.

an „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ bzw. an einer Nephritis. Interessant ist, dass sich zwei Syphilis-Erkrankungen erst abschließend aus den histopathologischen Befunden aus der Pathologie in Marburg nachvollziehen lassen: In einem Fall wurde nach der Sektion einer an „Herztod bei Pneumonie“ verstorbenen Patientin das Herz nach Marburg versendet und eine „Aortitis syphilitica“ festgestellt.³¹³ Im zweiten bestätigt das Pathologische Institut in Marburg bei einer an „Marasmus paralyticus“ verstorbenen Patientin „cerebrale syphilitische Gummen“.³¹⁴

Auch die Alterspyramide konnte aufgrund der fehlenden Krankenakten nur für die meisten männlichen Verstorbenen erstellt werden. Sie verdeutlicht, dass es in fast allen Altersklassen zu Todesfällen kam, wobei auch 4 Patienten unter 30 Jahren verstarben.

Der kürzeste Aufenthalt bis Versterben lag bei den Männern bei 8 Tagen (ein 72-jähriger Patient mit „Dementia senilis“, der nach 8 Tagen an einem „Darmkatarrh bei Marasmus senilis“ verstarb³¹⁵), der längste bei 7 Jahren und fast 5 Monaten (ein 30-Jähriger mit „Hebephrenie“, dessen Todesursache ungeklärt bleibt und dessen Tod nur aus Einsicht der Krankenakte deutlich wurde, da er im Sektionsbuch nicht erwähnt wurde³¹⁶) bei einer mittleren Aufenthaltsdauer von fast 2 Jahren.

Insgesamt werden regelhaft Sektionen durchgeführt und bei den meisten ausgebliebenen Sektionen Begründungen dokumentiert.

³¹³ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 15.06.1928, Grüsser Anna.

³¹⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 27.01.1928, Busch, Anna.

³¹⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 22.09.1928, Schmidt, Johann und zugehörige Akte im LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1928, männlich.

³¹⁶ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1928 (zuvor 2x entwichen), männlich, Pfröfslers, Georg, geb. 05.09.1897, Todesdatum: 28.01.1928.

4.10. Sektionen im Jahr 1929

Im Januar 1929 befanden sich 820 Patienten und Patientinnen in der HPA Herborn,³¹⁷ Ende des Jahres dann schon 870, von denen 420 weiblich und 450 männlich waren.³¹⁸

Die Datenlage des Jahres 1929 ist wieder sehr lückenhaft. Es sind vermutlich keinerlei Krankenakten der weiblichen Verstorbenen erhalten geblieben. Zudem fehlen vier Krankenakten der Männer und vier männliche Patienten, deren Tod aus ihren Krankenakten hervorgeht, bleiben im Sektionsbuch unerwähnt. Bei drei Vorgängen konnte anhand der nur im Sektionsbuch erhaltenen Information kein Schluss auf das Geschlecht gezogen werden.

Tabelle 45: Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1929

Geschlecht	Sektionsbuch	Krankenakten
Männer	34	30
Frauen	32	0
unbekannt	3	0
Insgesamt	69	30

Tabelle 46: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1929

Geschlecht	Verstorben	Seziert	Nicht seziert
Männer	38	17	21
Frauen	32	15	17
unbekannt	3	0	3
Insgesamt	73	32	41

Tabelle 47: Todesursachen der verstorbenen Männer 1929 (nicht sezierte **rot**, Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Marasmus senilis	4	67, Dementia senilis, 2a 6,9m 70, Arteriosclerosis cerebri, 8,6m

³¹⁷ Vgl. Liste *Krankensbewegung*.

³¹⁸ Vgl. VKW 67 (1930), S. 600.

		75, Dementia senilis, 8,3m 77, Dementia senilis, 1a 10,2m
Erschöpfung	4	28, Schizophrenie, 3,9m (Erschöpfung durch Geisteskrankheit und Knochentuberkulose) 33, Encephalitis epidemica, 6,1m (Erschöpfung bei beginnender Pneumonie) (<u>Leber nach MR: Leberzirrhose</u>) 61, Dementia arteriosclerotica, 8,4m 77, Dementia senilis + Potus, 5,5m (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)
Tuberkulose	3	27, Katatonie, 2a 7,6m (Lungen- & Darm Tbc) 37, gemeingefährlich geisteskrank, 6a 11,1m (Lungen Tbc) ("Ursache der Krankheit französische Gefangenschaft 1920") 44, Dementia paranoides, 9a 8,8m (Lungen- & Darm-Tbc)
Pneumonie	2	51, Epilepsie + chron. Alkoholismus, 1a 1,8m (Lungenentzündung bei Grippe) –, Dementia arteriosclerotica, –
Apoplexie	2	70, Arteriosclerosis cerebri, 1a –, –, –
Endokarditis	2	55, progressive Paralyse, 3a 1,6m (<u>Herz nach MR</u>) –, Psychopathie + Epilepsie, –
Herzschwäche	2	49, postapoplektische Demenz, 9d (Herzschwäche bei Arteriosklerose) 54, Katatonie, 3a 3,4m (Herzschwäche hervorgerufen durch Entzündung der Mundhöhle)
Paralytischer Anfall	2	31, progressive Paralyse, 4,2m 53, progressive Paralyse, 5a 1m
Status epilepticus	2	30, Epilepsie, 10a 7,1m 37, Epilepsie, 8a 7,7m
Status paralyticus	2	48, progressive Paralyse, 1,9m

		–, –, –
Tod durch Selbsterhängen	2	31, Imbecillität, 8a 4,9m (<u>MR bestätigt Carotisriss durch Strangulation</u>) 69, chron. Alkoholismus + Arteriosclerosis cerebri, 1a 2,9m
Altersschwäche	1	69, Arteriosklerose mit präseniler Demenz, 7,9m (Sektion abgelehnt)
Gehirnembolie	1	49, Dementia praecox, 2a 1,5m (<u>Niere nach MR: nicht auswertbar</u>)
Herzlähmung	1	32, Katatonie, 1a 2,4m (Herzlähmung bei beginnender Pneumonie)
Lungenödem	1	64, Paralyse, 3,9m (Lungenödem bei Paralyse und Arteriosklerose des Gehirns)
Magen-Ca	1	62, akuter Alkoholismus, 1,1m (<u>Lunge und Herz nach MR: Magen Adeno-Ca</u>)
Marasmus paralyticus	1	45, Taboparalyse, 1a 21d
Paralytische Darmlähmung	1	55, progressive Paralyse, 5d (<u>MR stellt keine Mesoarthritis syphilitica fest</u>)
unbekannt	4	56, Arteriosclerosis cerebri, 1a 1m "Im KH Usingen als Familienpflegling unvermutet an Herzschlag gestorben" 61, Paranoia, 9a 1,9m 65, chron. Alkoholismus, 2a 9,9m 71, progressive Paralyse, 1,7m
Gesamt	38	

Tabelle 48: Todesursachen der Verstorbenen 1929, deren Geschlecht nicht zuzuordnen war (nicht sezierte rot)

Todesursachen	Anzahl	unbekanntes Geschlecht: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Erschöpfung	1	–, Arteriosclerosis cerebri + Dementia senilis, – (Erschöpfung durch Geisteskrankheit) ("Sektion

		unterblieben, da keine Genehmigung des Angehörigen vorliegt")
Tuberkulose	1	–, –, – (Lungen Tbc)
Altersschwäche	1	–, <u>Dementia senilis</u> , –
Gesamt	3	

Tabelle 49: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1929 (nicht sezierte rot, Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate(m), Tage(d))
Tuberkulose	7	<p>–, manisch depressiv, – (<u>Niere & Darmgeschwür nach MR: Befundbestätigung</u>)</p> <p>–, Katatonie, – (Lungen -Tbc)</p> <p>–, –, – (Lungen- und Darm-Tbc)</p> <p>–, Paraphrenie, – (Lungen- & Kehlkopf-Tbc)</p> <p>–, Schizophrenie, – (Lungen-Tbc) ("Keine Sektion da die Angehörigen es abgelehnt haben")</p> <p>–, Schizophrenie, – (Lungen-und Darm Tbc)</p> <p>–, –, – (Lungen-Tbc) ("Leiche ist überführt")</p>
Erschöpfung	5	<p>–, Dementia senilis, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) ("Sektion unterblieben, da Leiche sofort abgeholt wurde")</p> <p>–, Melancholie, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p> <p>–, manisch-depressiv, – (Erschöpfung und Herzschwäche) ("Sektion unterblieben, da die Genehmigung der Angehörigen nicht vorliegt")</p> <p>–, Schizophrenie, – (Erschöpfung durch Geisteskrankheit) ("Sektion unterblieben, da die Genehmigung der Mutter nicht vorliegt")</p> <p>–, –, –</p>
Pneumonie	4	<p>–, Dementia paranoides, –</p> <p>–, Dementia paranoides, –</p>

		–, Dementia senilis, – –, Dementia paranoides, –
Herzlähmung	3	–, Dementia paranoides, – (Herzlähmung bei Mamma- und Lungen Ca) (<u>Mamma und Lungen Ca in MR bestätigt</u>) –, –, – –, –, – (Herzlähmung bei Geisteskrankheit)
Herzschwäche	2	–, –, – (Herzschwäche bei beginnender Pneumonie) –, –, – (Herzschwäche bei Arteriosclerosis cerebri und seniler Demenz)
Paratyphus	2	–, Schizophrenie, – (<u>MR: Paratyphus nicht gesichert aber möglich</u>) –, Schizophrenie, – (<u>MR: Paratyphus bestätigt</u>)
Sepsis	2	–, –, – (Sepsis hervorgerufen durch Otitis media) (<u>Nieren nach MR: Abszesse</u>) –, Dementia senilis, – ("Sektion unterblieben, da die Genehmigung der Angehörigen nicht vorlag")
Typhus abdominalis	2	–, Dementia praecox, – –, –, – (<u>MR bestätigt Typhus im Ileum und dazugehörige Leberveränderung</u>)
Altersschwäche	1	–, Picksche Krankheit, –
Entkräftung	1	–, –, –
Erysipel	1	–, Schizophrenie, – (Erysipel mit meningealer Reizung) ("Sektionsergebnis in Krankengeschichte")
Schlaganfall	1	–, Hirnarteriosklerose, –
Status epilepticus	1	–, Dementia epileptica, –
Gesamt	32	

Tabelle 50: Todesursachen aller verstorbenen Männer und Frauen 1929

Todesursachen	Anzahl gesamt
Tuberkulose	11
Erschöpfung	10

Pneumonie	6
Herzlähmung	4
Herzschwäche	4
Marasmus senilis	4
Altersschwäche	3
Status epilepticus	3
Apoplexie	3
Endokarditis	2
Paratyphus	2
Paralytischer Anfall	2
Sepsis	2
Status paralyticus	2
Tod durch Selbsterhängen	2
Typhus abdominalis	2
Entkräftung	1
Erysipel	1
Gehirnembolie	1
Lungenödem	1
Magen Carcinom	1
Marasmus paralyticus	1
paralytische Darmlähmung	1
unbekannt	4
Gesamt	73

Tabelle 51: Diagnosen der Verstorbenen 1929

Diagnosen	Männer	Frauen	unbekannt	Gesamt
Dementia senilis	4	3	1	8
Schizophrenie	1	6	0	7
progressive Paralyse	6	0	0	6
Arteriosclerosis cerebri	3	1	1	5
Dementia paranoides	1	4	0	5

Katatonie	3	1	0	4
Epilepsie	3	0	0	3
Alkoholismus chronisch	2	0	0	2
Dementia praecox	1	1	0	2
Dementia arteriosclerotica	2	0	0	2
Manisch depressiv	0	2	0	2
Alkoholismus akut	1	0	0	1
Arteriosklerose mit präseniler Demenz	1	0	0	1
Dementia epileptica	0	1	0	1
postapoplektische Demenz	1	0	0	1
Encephalitis epidemica	1	0	0	1
gemeingefährlich geisteskrank	1	0	0	1
Imbecillität	1	0	0	1
Melancholie	0	1	0	1
Paralyse	1	0	0	1
Paranoia	1	0	0	1
Paraphrenie	0	1	0	1
Picksche Krankheit	0	1	0	1
Psychopathie	1	0	0	1
Taboparalyse	1	0	0	1
unbekannt	2	10	1	13
Gesamt	38	32	3	73

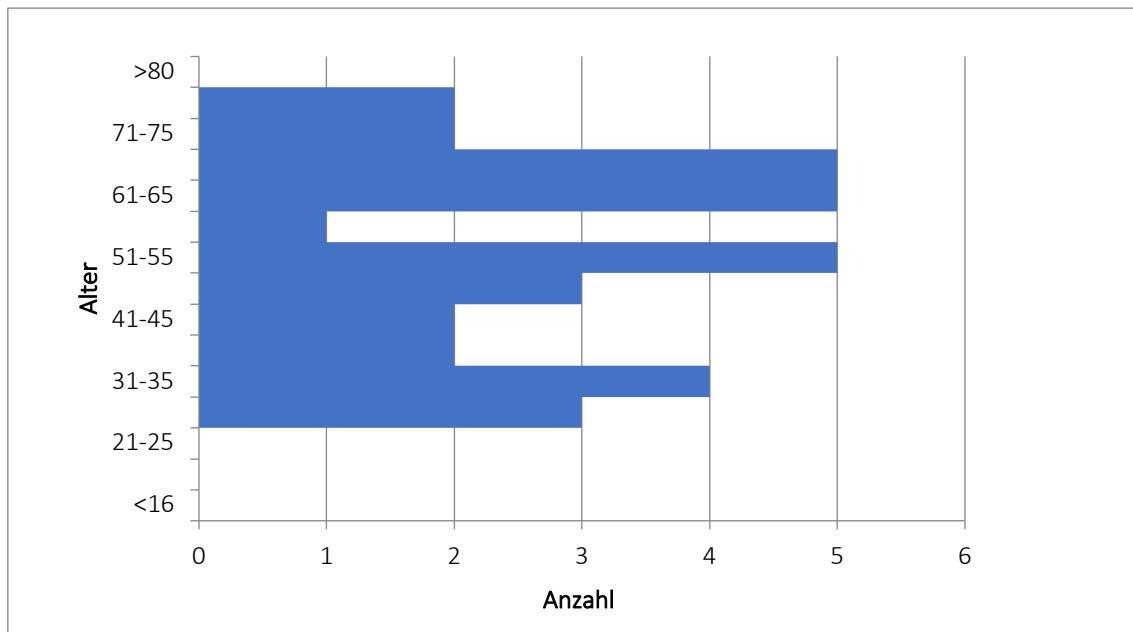


Diagramm 8: Alterspyramide der verstorbenen Männer 1929

Anmerkung: Bei vier Männern konnte das Alter nicht ermittelt werden. Diese Fälle bleiben im Diagramm unberücksichtigt.

Auswertung des Jahres 1929:

Im Jahr 1929 traten verschiedene neue, zuvor nicht dokumentierte Diagnosen auf: Erstmals gab es einen Todesfall eines an „Enzephalitis epidemica“ leidenden Patienten. Diese, auch „Encephalitis lethargica“³¹⁹ genannte Erkrankung grassierte wahrscheinlich von 1916 bis 1927 epidemisch in Mitteleuropa, später nur noch sporadisch. Symptomatisch litten die Betroffenen initial an Erkältungssymptomen begleitet von Kopfschmerzen und schließlich an zunehmender Somnolenz bis hin zum Koma. Es wurden im Krankheitsverlauf hinzukommende charakteristische Augenmuskellähmungen (besonders durch Lähmung des Nervus oculomotorius und des Nervus abducens mit Blickparese oder Nystagmus) und weitere Hirnnervenlähmungen beschrieben. Außerdem kam es in manchen Fällen auch zu weiteren Symptomen wie zu

³¹⁹ Vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, S. 530. Stichwort „Enzephalitis, epidemische“

Gleichgewichtsstörungen, Rigor, Ataxie und Lähmungen der Extremitäten.³²⁰ Überlebten die Betroffenen die Erkrankungen, blieb chronisch häufig ein Parkinsonismus zurück.³²¹ Als einer der ersten Ärzte beschrieb der Wiener Psychiater Constantin von Economo (1876-1931) diese neuartige Erkrankung im Jahr 1917. Er beschrieb hier den enormen Schlafdrang der Betroffenen wie folgt:

„[...] der Kranke schläft, wo er steht oder sitzt, auch in ganz unbequemen Stellungen ein.“³²²

Zudem vermutete er schon in diesen ersten Jahren des Auftretens eine ungünstige Prognose der Erkrankung:

„Dieser Zustand (tiefer Schlaf L.F.) kann rapid zum Tode führen, er kann wochen- und monatelang andauern und vollständig ausheilen oder es können auch einzelne Lähmungserscheinungen zurückbleiben. Jedenfalls ist die Erkrankung als eine schwere zu bezeichnen und die Prognose ist mindestens zweifelhaft.“³²³

Wenig später widmete sich der Neurologe Felix Stern federführend der Forschung an dieser Erkrankung und veröffentlichte 1922 eine Monographie mit dem Titel *Die Epidemische Encephalitis* zu seinen ausführlichen Studien. Ein eindeutiger Erreger fand sich, trotz vielfacher Hypothesen, nie.³²⁴

Es fanden sich Fallberichte aus psychiatrischen Anstalten der verschiedensten deutschsprachigen Regionen.³²⁵ Economo vermutete daher: *„Wir hatten offenbar eine kleine Epidemie von dieser Erkrankung gehabt.“³²⁶* Späteren Schätzungen zufolge waren letztlich über eine halbe Million Menschen weltweit von der Epidemie betroffen.³²⁷ Es

³²⁰ Vgl. Stern, Felix: Die Epidemische Encephalitis. In: Foerster, O.; Wilmanns, K.: Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 30, Berlin/Heidelberg, 1922, S. 11 und Vgl. Economo, C. v.: Die Encephalitis lethargica. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Organ des Vereins für Psychiatrie und Neurologie Wien. Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages von Hofrat Prof. Dr. H. Obersteiner. Band 38, 1. Heft, Leipzig und Wien, 1917, S. 253-331, hier S. 254, 296, 297.

³²¹ Vgl. Foley, Paul Bernard: Encephalitis lethargica. The Mind and Brain Virus. New York, 2018, S. 267. Der britische Neurologe und Schriftsteller Oliver Sacks (1933-2015) machte diese späten Folgen der Encephalitis lethargica in den späten 60er Jahren in den USA zum Thema seines erstmals 1978 erschienenen Buches *Awakenings*. Vgl. Sacks, Oliver: *Awakenings – Zeit des Erwachens*. Reinbek, Rowohlt, 2019. Es wurde 1990 mit Robert de Niro und Robin Williams in den Hauptrollen verfilmt.

³²² Economo: Die Encephalitis lethargica. 1917, S. 254.

³²³ Ebd., S. 255.

³²⁴ Vgl. Honey, Christian: Auf der Spur der Schlafepidemie. In: Spektrum der Wissenschaft. Gehirn & Geist. Psychologie, Hirnforschung, Medizin. Nr. 5/2019, S. 75.

³²⁵ Vgl. Stern, Felix: Die Pathologie der sogenannten „Encephalitis lethargica“ In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 61, Berlin, 1920, S. 621-692, hier S. 623. Siehe hier auch ausführliche pathologische Ergebnisse der Sektionen von an Encephalitis lethargica Verstorbenen.

³²⁶ Economo: Die Encephalitis lethargica. 1917, S. 255.

³²⁷ Vgl. Honey: Auf der Spur der Schlafepidemie. 2019, S. 72.

wurde auch vermutet, dass viele Fälle dieser „Epidemie“ unerkannt geblieben und fälschlicherweise z.B. als Tod durch Meningitis dokumentiert worden sind.³²⁸ Bei dem 1929 in der HPA Herborn verstorbenen Patienten mit „Encephalitis epidemica“ wurde jedoch eine „Erschöpfung bei beginnender Pneumonie“ als Todesursache dokumentiert.³²⁹

Auch in der heutigen Fachliteratur finden sich zur „Encephalitis lethargica“ Symptombeschreibungen wie Parkinsonismus, Schlafstörungen und Wesensänderungen.³³⁰

Die „Encephalitis lethargica“ und ihre Beschreibung durch Economo war speziell dem Herborner Oberarzt Dr. Becker geläufig und wohl auch von Interesse: In der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift aus dem Jahr 1919 veröffentlichte dieser eine kurze Buchbesprechung von Economos Abhandlung.³³¹

Weiterhin starben erstmals ein Patient mit der Diagnose „Psychopathie“³³² (an einer Endokarditis) und eine Patientin mit der Diagnose einer frontotemporalen Demenz namens „Picksche Krankheit“³³³ (an Altersschwäche). Bei einem 77-Jährigen³³⁴ mit „Dementia senilis“ ist als weitere Diagnose „Potus“ zu lesen – der Mann litt an Alkoholismus.³³⁵ Zudem findet sich erstmals die Diagnose einer „Paraphrenie“, einer damals beschriebenen Form der Schizophrenie.³³⁶ Die Unterscheidung der „Paraphrenia systemica“ zur „Dementia praecox“ war erstmals 1912 von Kraepelin gemacht worden, da diese Erkrankung schleichender verlaufe und durch einen stetig fortlaufenden

³²⁸ Vgl. Economo: Die Encephalitis lethargica. 1917, S. 278, 279 und Vgl. Stern: Die Epidemische Encephalitis. 1922, S. 149.

³²⁹ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 21.04.1929, Becker, Wilhelm und zugehörige Akte im LWV, Bestand 15, Abgänge Herborn, männlich.

³³⁰ Vgl. Hufschmidt, Lücking, Rauer, Glocker: Neurologie compact. 2017, S. 315.

³³¹ Vgl. Buchbesprechungen. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift Nr. 17/18, 2. August 1919/1920, Halle a. Saale, S. 137, 138.

³³² Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 18.02.1929, Hotze, Alfred.

³³³ Vgl. ebd., Todesdatum 10.10.1929, Vollhardt, Maria.

³³⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 02.05.1929, Müller, Ludwig und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1929, männlich.

³³⁵ Vgl. Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 355 und Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 2007, S. 1545, Stichwort: potus.

³³⁶ Vgl. Pfersdorff: Über Paraphrenien. Straßburg, Deutscher Verein für Psychiatrie, 1914 besprochen in: Referate. Paranoia, Querulantenqahnsinn. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Referate und Ergebnisse, Band 10, Berlin, 1914, S. 95-97, hier S. 97. und Vgl. Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 2007, S. 1436, Stichwort: Paraphrenie.

Verfolgungswahn und späteren Größenwahn charakterisiert sei, typischerweise ohne eine Zerstörung der Persönlichkeit.³³⁷

Es bleiben jedoch relativ viele Diagnosen wegen der fehlenden Krankenakten der Patientinnen unbekannt. Die trotzdem bekannten Diagnosen dieser Fälle waren im Sektionsbuch mit aufgeführt. Hierunter war die häufigste insgesamt mit 11% „Dementia senilis“, wobei die meisten Männer an „progressiven Paralyse“ (16% der Männer und 8% insgesamt) und die meisten Frauen an einer „Schizophrenie“ litten (ca. 19% der Frauen und 10% insgesamt). Schwierig ist es auch, in diesem Jahr die Diagnosen aufzulisten, da bei vielen Verstorbenen mehrere, sehr unterschiedliche Diagnosen genannt sind. Die Untersuchenden scheinen sich nicht mehr auf eine Diagnose festgelegt zu haben.

Es wurden im Sektionsbuch zwei Todesfälle durch Typhus dokumentiert. Auch im alljährlichen Bericht der Klinik werden diese beiden Vorfälle erwähnt:

„In der Anstalt Herborn traten bei 5 Kranken typhusartige Erscheinungen auf. Die Krankheitskeime waren offenbar durch eine Pflegerin in die Anstalt eingeschleppt worden. Zwei Kranke erlagen der Krankheit. Durch Desinfektion und Isolierungen gelang es, einer Weiterverbreitung der Krankheit auf andere Abteilungen vorzubeugen und die Infektion zum Erlöschen zu bringen.“³³⁸

Ein Patient, dessen Diagnose als „gemeingefährlich geisteskrank“ beschrieben wurde, starb 38-jährig nach 9 Jahren Klinikaufenthalt an Lungentuberkulose mit dem Hinweis: „Ursache der Krankheit französische Gefangenschaft bis 1920“.³³⁹ Sein Fall wurde nicht im Sektionsbuch erfasst. Hier ist unklar, ob mit Krankheit die Diagnose „gemeingefährlich geisteskrank“ oder die zum Tode führende Erkrankung der Lungentuberkulose gemeint ist. Es wird jedenfalls eine Kausalität zwischen Kriegsgefangenschaft und Gesundheitszustand des Patienten hergestellt. Denkbar wäre auch, dass der Patient, als ehemaliger Soldat, einem militärischen Kontext zugeordnet wurde und daher sein Tod separiert dokumentiert wurde.

Den kürzesten Aufenthalt bis zum Versterben hatte ein 55-jähriger Patient, der an „progressiver Paralyse“ litt und nach nur fünf Tagen Anstaltsaufenthalt einer

³³⁷ Vgl. Mayer, Wilhelm: Über paraphrene Psychosen. In: Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie, Band 71, Berlin 1921, S. 187-206, S. 187.

³³⁸ VKW 67 (1930), S. 604.

³³⁹ Vgl. LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1929, männlich, Nägele August, geb. 15.09.1891, Todesdatum: 12.04.1929.

„paralytischen Darmlähmung“ erlag.³⁴⁰ Den längsten Aufenthalt hatte ein 30-Jähriger mit Epilepsie, der nach etwa 10,5 Jahren an einem „Status epilepticus“ verstarb.³⁴¹ Durchschnittlich vergingen bei den Männern nach Aufnahme in der Anstalt 2 Jahre und 7 Monate bis zum Tod. Die Aufenthaltsdauern der Frauen bleiben wiederum aufgrund der fehlenden Krankenakten unbekannt.

Die meisten Patienten und Patientinnen verstarben an einer Tuberkulose (15%), „Erschöpfung“ (14%) und Pneumonie (8%).

Bezüglich der „Erschöpfung“ finden sich wie in den Vorjahren verschiedene Formulierungen: Einerseits ist wieder in fünf Fällen die „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ dokumentiert, jedoch gibt es auch einen Fall einer „Erschöpfung bei Pneumonie“ und einen einer „Erschöpfung bei Geisteskrankheit und Knochentuberkulose“.

Ähnlich schwierig gestaltet sich weiterhin die Zuordnung der Todesursache bei den Begriffen der „Herzschwäche“ und der „Herzlähmung“, die in der Auswertung einzeln aufgeführt sind: Vermutlich handelt es sich hier um ein Synonym. Doch auch hier umfassen die Todesursachen weitere Beschreibungen wie *„Herzschwäche bei Arteriosklerose“*³⁴², was vielleicht vorsichtig aus heutiger Sicht als Hinweis auf einen Herzinfarkt gedeutet werden könnte. Die Umschreibung *„Herzschwäche hervorgerufen durch Entzündung der Mundhöhle“*³⁴³ erinnert wiederum stark an das heutige Verständnis einer Endokarditis lenta. Allerdings finden sich auch unschlüssigere Umschreibungen wie die *„Herzlähmung bei Mamma- und Lungen-Carcinom“*³⁴⁴ oder die *„Herzlähmung bei Geisteskrankheit“*³⁴⁵ oder auch eine *„Herzschwäche bei beginnender Pneumonie“*³⁴⁶. Die *„Herzschwäche bei Arteriosclerosis cerebri und seniler Demenz“*³⁴⁷ ist in dieser Formulierung gänzlich unverständlich. Denkbar wäre auch, dass die Formulierung „bei“ weniger einen kausalen Bezug herstellen soll als einen zeitlichen

³⁴⁰ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 14.02.1929, Petry, Heinrich und zugehörige Akte Bestand K15, Abgänge Herborn 1929, männlich.

³⁴¹ Vgl. ebd., Todesdatum 03.08.1929, Geitzenmaier, Wilhelm und zugehörige Akte.

³⁴² Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 29.06.1929, Klees, Hans und zugehörige Akte.

³⁴³ Vgl. ebd., Todesdatum 01.06.1929, Ehlers, Paul und zugehörige Akte.

³⁴⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 22.02.1929, Schmalz, Eva.

³⁴⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 24.08.1929, Präger, Margit.

³⁴⁶ Vgl. ebd., Todesdatum 20.04.1929, Münz, Helene.

³⁴⁷ Vgl. ebd., Todesdatum 03.07.1929, Weiler, Babette.

Zusammenhang, z.B. wie „bei gleichzeitiger“. Gerade dann wäre weniger die „Herzlähmung“ oder „-schwäche“ als Todesursache zu werten, als die danach genannte Erkrankung.

Beim Blick auf die syphilitischen Erkrankungen zeigt sich neben den 6 Fällen „progressiver Paralyse“ nur ein Fall mit „Taboparalyse“. Dieser Patient verstarb an „Marasmus paralyticus“. Weitere Diagnosen wie „Dementia paralytica“ oder „Lues“ finden sich im Gegensatz zu den untersuchten Vorjahren im Jahr 1929 nicht. In zwei Fällen der „progressiven Paralytiker“ wurden nach Sektion wieder die Herzen zur weiteren Untersuchung in die Pathologie nach Marburg versendet. In zumindest einem Fall (55-jähriger Patient, der an „paralytischer Darmlähmung“ verstarb) konnte keine „Aortitis syphilitica“ festgestellt werden.³⁴⁸ Insgesamt verstarben die Patienten mit „progressiver Paralyse“ in diesem Jahr zwar einerseits an ihrer syphilitischen Grunderkrankung im Sinne eines „Status paralyticus“ und einem „paralytischen Anfall“, aber, wie bereits beschrieben, auch an „paralytischer Darmlähmung“ und an Endokarditis. Gerade die „paralytische Darmlähmung“ zeigt als Formulierung, wie irreführend der Begriff der „Paralyse“ sein kann: wird die Formulierung offensichtlich meistens der „progressiven Paralyse“, also einer syphilitischen Erkrankung zugeordnet, bedeutet sie letztlich wörtlich lediglich „Lähmung“. Eine „paralytische Darmlähmung“ wäre also im Grunde tautologisch. Zwar könnte sich „paralytische“ hier auf die Grunderkrankung der progressiven Paralyse beziehen, wahrscheinlicher erscheint jedoch eine andere Absicht: Wie in der Medizin heute noch gängig, wird eine „paralytische“ (also entzündlich bedingte,³⁴⁹ auch „paralytischer Ileus“ genannte) von einer „mechanischen“ Darmlähmung (durch einen „mechanischen“ Verschluss ausgelöster Ileus³⁵⁰) abgegrenzt. Dieser Fall zeigt die Mehrdeutigkeit der „Paralyse“.

Der Tod durch Endokarditis weist auf einen Tod durch eine Herzklappenentzündung hin. Diese könnte auch durch die Grunderkrankung der Syphilis hervorgerufen worden sein, dies jedoch vorauszusetzen wäre etwas zu weit vorgegriffen.

³⁴⁸ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 14.02.1929, Petry, Heinrich und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1929, männlich.

³⁴⁹ Vgl. Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch. 2007, S. 888, Stichwort: Ileus.

³⁵⁰ Vgl. ebd.

Wieder wird eine rege Kooperation zwischen der HPA Herborn und dem Pathologischen Institut in Marburg deutlich. Von zwölf verschiedenen Sezierten wurden unterschiedliche Organ-Präparate zur Begutachtung dorthin geschickt.

Nach einem Suizid durch Erhängen von einem 31-jährigen Patienten, dessen Grunderkrankung mit „Imbecillität“ dokumentiert war und der schon fast achteinhalb Jahre in der Anstalt verbracht hatte, wird nach der Sektion die Carotis in die Pathologie nach Marburg eingeschendet, wo der Riss durch Strangulation bestätigt wird.³⁵¹ Hier ist eine forensische Fragestellung der Sektion bzw. der weiterführenden histopathologischen Untersuchung anzunehmen.

Zwei Verstorbene wurden nicht seziert, da, wie in Notizen im Sektionsbuch zu lesen ist, eine Sektion abgelehnt wurde: im ersten Fall explizit durch die Angehörigen³⁵², im zweiten ist nicht näher beschrieben, durch wen.³⁵³ In vier Fällen wird erstmals dokumentiert, die Sektion sei unterblieben, da keine explizite Genehmigung der Angehörigen hierfür vorliege. Diese Formulierung findet sich in diesem Jahr erstmalig und deutet darauf hin, dass sich die Rechtsgrundlagen zur Obduktion verändert haben könnten: Womöglich war es nun notwendig die Option der Obduktion mit den Angehörigen zu besprechen. Scheinbar musste in die Obduktion hier entweder eingewilligt oder sie abgelehnt werden.

Bei einer weiteren nicht durchgeführten Sektion findet sich zudem der Hinweis: *„Im Krankenhaus Usingen als Familienpflegling unvermutet an Herzschlag gestorben“*. Dies wirft die Frage auf, wie ein Familienpflegling versorgt war. Wie zuvor beschrieben, war es üblich, gut fähbare Kranke an Pflegefamilien aus der Gegend zu vermitteln (siehe hierzu Kapitel Die Heil- und Pflegeanstalt Herborn).³⁵⁴ Wie schon im Vorjahr, bleibt es unklar, weshalb eine Person außerhalb des ehemaligen Bezirkskommunalverbandes Wiesbaden in eine Klinik wie in Usingen überwiesen wurde. Diese Notiz bezüglich der Familienpflege könnte ein Hinweis darauf sein, dass es Kooperationen zwischen der HPA Herborn mit Pflegefamilien gab, die außerhalb des Bezirkskommunalverbandes Wiesbaden lebten und es dadurch zu Einweisungen in weiter entfernt liegende Kliniken kam.

³⁵¹ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 28.01.1929, Prösler, Georg und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1929, männlich.

³⁵² Vgl. ebd., Todesdatum 23.07.1929, Ohlenschlager, Margarethe.

³⁵³ Vgl. ebd., Todesdatum 18.05.1929, Pfeiffer, Karl und zugehörige Akte.

³⁵⁴ Vgl. Ankele: Familienpflege. 2019, S. 59, 64.

In einem Fall wird im Sektionsbuch auf ein vermeintliches Sektionsergebnis in der Krankengeschichte hingewiesen. Hier fand sich jedoch keine Akte, in welcher dieses dokumentiert gewesen wäre.³⁵⁵

Eine weitere Sektion wurde wieder nicht durchgeführt, da die Leiche direkt abgeholt wurde. Im Umkehrschluss bedeutet dies wohl aber auch, dass die Leichen, die *nicht* direkt abgeholt wurden, eher seziert wurden. Scheinbar brauchte es hierfür im Jahr 1929, wie beschrieben, aber entweder eine explizite Einwilligung der Angehörigen oder *keine* explizite Ablehnung.

³⁵⁵ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 06.10.1929, Will, Anna.

4.11. Sektionen im Jahr 1930

Der Betrieb in der HPA Herborn startete das Jahr 1930 mit insgesamt 870 Patienten und Patientinnen. Bis Ende Dezember 1930 waren es dann insgesamt 891, die hier behandelt wurden, von denen 441 männlich und 450 weiblich waren.

Das Quellenmaterial zum Jahr 1930 gestaltet sich erneut unvollständig. Es fehlen wieder alle Krankenakten der Frauen und eine der Männer. Zudem sind drei männliche Verstorbene nicht im Sektionsbuch dokumentiert.

Im Jahresbericht der Klinikleitung, der im Folgejahr in den Verhandlungen des Kommunallandtages Wiesbaden veröffentlicht wurde, wurde nur die Zahl derjenigen Verstorbenen genannt, die auch in den Sektionsprotokollen dokumentiert worden waren.³⁵⁶

Tabelle 52: Dokumentierte Sterbefälle in Sektionsbuch und Krankenakten 1930

Geschlecht	Sektionsbuch	Krankenakten
Männer	30	31
Frauen	18	0
Insgesamt	48	31

Tabelle 53: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte Männer und Frauen 1930

Geschlecht	Verstorben	Seziert	Nicht Seziert
Männer	32	5	27
Frauen	18	3	15
Insgesamt	50	8	42

Tabelle 54: Todesursachen der verstorbenen Männer 1930 (nicht sezierte **rot**; Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Männer: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre(a), Monate (m), Tage (d))
Erschöpfung	6	–, –, – (Erschöpfung bei Status epilepticus ("28 Anfälle in einer Nacht"))

³⁵⁶ Vgl. VKW 68 (1931), S. 504.

		<p>35, Katatonie, 1a 7,5m (Erschöpfung bei Geisteskrankheit)</p> <p>45, Dementia epileptica, 8,7m (Erschöpfung bei Epilepsie) ("In Krankenhaus in Usingen verstorben")</p> <p>50, Schizophrenie, 10a 2,3m</p> <p>70, Arteriosklerotisches Irresein, 4d (Erschöpfung bei Diabetes)</p> <p>73, Dementia senilis, 2d (Erschöpfung bei Dementia senilis) ("Keine Sektion auf Wunsch der Angehörigen")</p>
Marasmus paralyticus	5	<p>–, Dementia paralytica, –</p> <p>42, Paralyse, 5,1m</p> <p>46, progressive Paralyse, 7, 8m</p> <p>49, progressive Paralyse, 1a 1m</p> <p>51, Lues cerebri + halluzinöse Psychopathie, 4a 4,2m ("gemeingefährlich geisteskrank")</p>
Tuberkulose	4	<p>24, Dementia epileptica, 1a 22d (Darm-Tbc)</p> <p>40, Schizophrenie, 6a 8,6m (Lungen-Tbc)</p> <p>50, Hebephrenie, 3a 10,8m</p> <p>70, Depression, 1a 2m (Lungen-Tbc)</p>
Pneumonie	3	<p>56, Melancholie bei Arteriosklerose, 3a 7m</p> <p>59, Dementia paranoides, 9a 5,7m</p> <p>71, Arteriosklerotisches Irresein, 7,2m ("Keine Sektion, Leiche wird abgeholt")</p>
Marasmus senilis	3	<p>77, Dementia senilis, 11d</p> <p>79, Dementia senilis, 4a 1,6m</p> <p>85, Dementia arteriosclerotica, 2a 10,2m</p>
Apoplex	1	<p>68, einfache Seelenstörung, 9a 4,9m ("In Usingen an Apoplexie gestorben")</p>
Herzfehler	1	<p>48, Schizophrenie, 16a 11,5m (1x entwichen) (<u>Herz nach MR: Aortitis syphilitica</u>)</p>
Herzlähmung	1	<p>66, chron. Alkoholismus, 3,9m (Herzlähmung bei fortgeschrittener Arterienverkalkung)</p>

Herzschwäche	1	65, Arteriosklerotisches Irresein, 1,3m (Herzschwäche bei Arteriosklerose und Asthma)
Herzschwäche und Erschöpfung	1	30, Katatonie, 8a 7,9m (Herzschwäche und Erschöpfung bei Geisteskrankheit)
paralytischer Anfall	1	53, progressive Paralyse, 1a 11,6m ("gemeingefährlich")
Peritonitis	1	40, Hebephrenie, 9a 3m
progressive Paralyse	1	48, progressive Paralyse, 12d
unbekannt	3	47, Epilepsie, 1a 22d 48, Epilepsie, 7a 3,1m 61, Arteriosclerosis cerebri, 2a 2,7m
Gesamt	32	

Tabelle 55: Todesursachen der verstorbenen Frauen 1930 (nicht sezierte rot; Einsendungen in die Pathologie unterstrichen)

Todesursachen	Anzahl	Frauen: Alter, Diagnose, Aufenthaltsdauer (Jahre (a), Monate (m), Tage (d))
Erschöpfung	4	–, Schizophrenie, – (Erschöpfung bei postencephalitischen Erscheinungen) –, Dementia paranoides, – (Erschöpfung bei Geisteskrankheit) –, Lues cerebri, – –, –, –
Marasmus paralyticus	2	–, –, – –, progressive Paralyse, –
Apoplex	2	–, Dementia arteriosclerotica et senilis, – –, Arteriosclerosis cerebri et cordis, – (<u>Arteriosklerose in MR bestätigt</u>)
Pneumonie	2	–, Dementia senilis, – –, Lues cerebri, –
Herzlähmung	1	–, –, –

Thrombose der Pulmonalis bei Gesichtserysipel	1	–, Dementia paranoides, –
Herzblock bei Werlhofscher Krankheit	1	–, Mongoloide Idiotie, – (<u>Herz nach MR: akute hämorrhagische Diathese</u>)
Nephritis	1	–, Paraphrenie, – ("Leiche überführt")
Marasmus senilis	1	–, sekundäre Demenz, – ("Typhus Ausscheiderin")
Tuberkulose	1	–, Psychopathie mit schizoiden Zügen, – (Lungen-Tbc)
Marasmus	1	–, Dementia senilis, –
Hirnblutung	1	–, Arteriosclerosis cerebri + genuine Epilepsie, – ("Nicht seziert, da Genehmigung der Angehörigen nicht vorliegt")
Gesamt	18	

Tabelle 56: Todesursachen der verstorbenen Männer und Frauen 1930

Todesursachen	Gesamt
Erschöpfung	10
Marasmus paralyticus	7
Pneumonie	5
Tuberkulose	5
Apoplex	3
Marasmus senilis	4
Herzlähmung	2
Herzblock bei Werlhofscher Krankheit	1
Herzfehler	1
Herzschwäche	1
Herzschwäche und Erschöpfung	1
Hirnblutung	1
Marasmus	1
Nephritis	1
paralytischer Anfall	1

Peritonitis	1
progressive Paralyse	1
Thrombose der Pulmonalis bei Gesichtserysipel	1
unbekannt	3
Gesamt	50

Tabelle 57: Diagnosen der Verstorbenen 1930

Diagnosen	Männer	Frauen	Gesamt
Dementia senilis	3	2	5
progressive Paralyse	4	1	5
Schizophrenie	3	1	4
arteriosklerotisches Irresein	3	0	3
Dementia paranoides	1	2	3
Lues cerebri	1	2	3
Arteriosclerosis cerebri	1	1	2
Dementia epileptica	2	0	2
Epilepsie	2	0	2
Hebephrenie	2	0	2
Katatonie	2	0	2
Arteriosclerosis cerebri und genuine Epilepsie	0	1	1
chron Alkoholismus	1	0	1
Dementia arteriosclerotica und senilis	0	1	1
Dementia arteriosclerotica	1	0	1
Dementia paralytica	1	0	1
sekundäre Demenz	0	1	1
Depression	1	0	1
einfache Seelenstörung	1	0	1
Melancholie	1	0	1
mongoloide Idiotie	0	1	1
Paralyse	1	0	1

Paraphrenie	0	1	1
Psychopathie	0	1	1
unbekannt	1	3	4
Gesamt	32	18	50

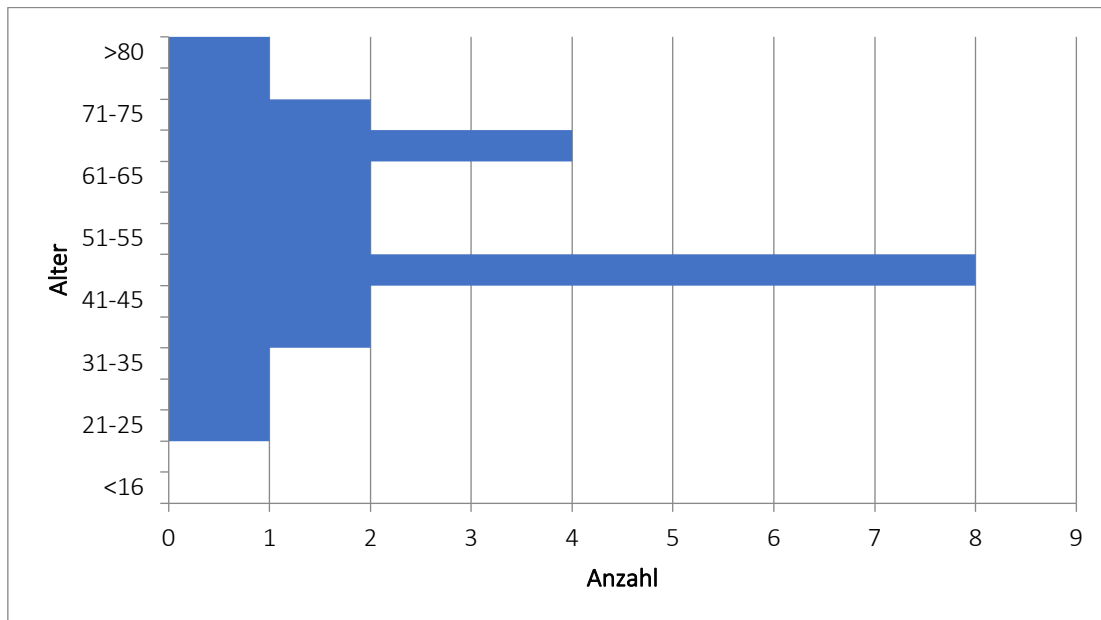


Diagramm 9: Alterspyramide der verstorbenen Männer 1930

Auswertung des Jahres 1930:

Es wurden in diesem Jahr sehr wenige Sektionen durchgeführt. Von den verstorbenen Männern wurden nur 5, von den Frauen nur 3 seziert. Gründe hierfür sind, wie in den Vorjahren, nur vereinzelt angegeben mit: *"In Krankenhaus in Usingen verstorben"*³⁵⁷, *„keine Sektion, Leiche wird abgeholt“*³⁵⁸ und *„Keine Sektion auf Wunsch der Angehörigen“*³⁵⁹. Jedoch wird wie schon im Vorjahr auch der Grund genannt, es läge keine explizite Genehmigung der Angehörigen vor.³⁶⁰

Die häufigste Todesursache war „Erschöpfung“ (20%), dicht gefolgt von „Marasmus paralyticus“ (18%). Auch in diesem Jahr ist der Begriff der „Erschöpfung“ aufgrund

³⁵⁷ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 03.04.1930, Reinhardt, Wilhelm und Todesdatum 20.10.1930, Sturm, Georg

³⁵⁸ Vgl. ebd., Todesdatum 26.02.1930, Enlan, Sigmund.

³⁵⁹ Vgl. ebd., Todesdatum 13.02.1930, Weber, Phil. Theodor.

³⁶⁰ Vgl. ebd., Todesdatum 20.12.1930, Bendel, Helene.

genauerer Erläuterungen sehr breit gefasst: So kommt es zum Tod durch „Erschöpfung bei Status epilepticus“, oder „... bei Dementia senilis“, aber erstmals auch „...bei Diabetes“ und „...bei postencephalitischen Erscheinungen“. In zwei Fällen ist auch wieder „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“ dokumentiert. Die Diagnosen der an diesen verschiedenen Erschöpfungszuständen Verstorbenen sind breit gefächert. Es finden sich einige aus der Gruppe der Schizophrenien („Katatonie“, „Schizophrenie“, „Dementia paranoides“), aber auch eine „Lues cerebri“, „Dementia epileptica“, „Arteriosklerotisches Irresein“ und eine „Dementia senilis“.

Anders verhält es sich mit „Marasmus paralyticus“, woran wieder ausschließlich an Syphilis Erkrankte verstarben (mit „Dementia paralytica“, „progressiver Paralyse“ und „Lues cerebri“).

An Tuberkulose starben in diesem Jahr lediglich fünf Personen (10%), nachdem in den beiden vergangenen Jahren dies die häufigste Todesursache war.

Obwohl es keine Krankenakten der Patientinnen gibt, sind die meisten Diagnosen bekannt, da sie im Sektionsbuch vermerkt worden sind. Die häufigsten Diagnosen waren die „progressive Paralyse“ und die „Dementia senilis“ mit je 10%. Es verbergen sich hinter unterschiedlichen Formulierungen, wie in den Vorjahren, wieder Diagnosen, die vermutlich Gemeinsamkeiten aufwiesen: So finden sich erneut verschiedene Diagnosen, denen eine Epilepsie als Grunderkrankung gemein sind. Hier zu nennen sind die „Dementia epileptica“, einfach die „Epilepsie“ und die „genuine“ Epilepsie (die in dem Fall gemeinsam mit einer „Arteriosclerosis cerebri“ diagnostiziert worden war). Zudem verstirbt ein Patient mit unklarer Diagnose an „Erschöpfung bei Status epilepticus“. Hier findet sich als zusätzliche Notiz im Sektionsbuch, der Patient habe in einer Nacht 28 Anfälle erlitten.³⁶¹ Auch hier kann eine epileptische Grunderkrankung vermutet werden. Mit dieser Rechnung wären also mit sechs der 1929 Verstorbenen letztlich 12% von einer Epilepsie betroffen gewesen.

Ähnlich verhält es sich auch mit den schon in den Vorjahren beschriebenen syphilitischen Erkrankungen: Diese traten in Form von fünf Fällen einer „progressiven Paralyse“, drei einer „Lues cerebri“ und einem Fall einer „Dementia paralytica“ auf. Die von „progressiver Paralyse“ Betroffenen verstarben an „Marasmus paralyticus“,

³⁶¹ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 05.01.1930, Lichi, Johann.

„paralytischem Anfall“ und der „progressiven Paralyse“ selbst. Ein Patient, dessen Diagnose nur mit „Paralyse“ umschrieben ist, verstarb auch an einem „Marasmus paralyticus“, weshalb hier ebenfalls von einer „progressiven Paralyse“ ausgegangen werden kann. Bei den Fällen der „Lues cerebri“ kam es, neben dem Tod durch „Marasmus paralyticus“, auch zum Tod durch „Erschöpfung“ und Pneumonie.

Ins Auge fällt jedoch besonders der Fall eines 48-Jährigen, der aufgrund einer vermeintlichen „Schizophrenie“ fast 17 Jahre in der Anstalt verbracht hatte (der längste Aufenthalt unter den Verstorbenen 1930) und letztlich an einem vermuteten Herzfehler verstarb. Nach histopathologischer Beurteilung des Herzens durch das Pathologische Institut in Marburg zeigte sich jedoch eine „Aortitis syphilitica“. Der Patient litt also an einer Syphilis im Endstadium.³⁶²

Zwar findet sich „progressive Paralyse“ allein schon (gemeinsam mit der „Dementia senilis“) an erster Stelle der Diagnosen – nach dieser Zählung handelt es sich jedoch mit den beschriebenen 11 Fällen (20%) um weit mehr an oder mit Syphilis Verstorbene im Jahr 1930.

Die Aufenthaltsdauern sind nur bei den Männern bekannt. Der kürzeste lag bei gerade einmal zwei Tagen, einen 73-Jährigen mit „Dementia senilis“ betreffend, der an „Erschöpfung bei Dementia senilis“ verstarb.³⁶³ Der längste Aufenthalt lag, wie bereits erwähnt, bei fast 17 Jahren. Durchschnittlich verstarben die Männer im Jahr 1930 drei Jahre und fast acht Monate nach Eintreffen in der Anstalt.

Der jüngste verstorbene Patient verstarb mit 24 Jahren an einer Darm-Tuberkulose und war etwa ein Jahr zuvor wegen einer „Dementia epileptica“ in die HPA Herborn eingewiesen worden.³⁶⁴ Der älteste Verstorbene erlag mit 85 Jahren einem „Marasmus senilis“ und hatte 2 Jahre und 10 Monate mit einer „Dementia arteriosclerotica“ in der Anstalt verbracht.³⁶⁵ Bei keinem der beiden wurde eine Sektion durchgeführt.

Die sezierten Männer waren im Rahmen eines „Status epilepticus“, an „Erschöpfung bei Geisteskrankheit“, an Tuberkulose und an „Herzschwäche“ verstorben, die sezierten

³⁶² Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 22.07.1930, Sachs, Ludwig und zugehörige Akte im LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1930, männlich.

³⁶³ Vgl. ebd., Todesdatum 13.02.1930, Weber, Philip Theodor und zugehörige Akte.

³⁶⁴ Vgl. ebd., Todesdatum 21.07.1930, Gerhold, Eduard und zugehörige Akte.

³⁶⁵ Vgl. ebd., Todesdatum 17.06.1930, Von der Ahé, Otto und zugehörige Akte.

Frauen an „Apoplex“, „Thrombose der Pulmonalis“ und an „Herzblock“. Eine forensische Fragestellung scheint also nicht vorgelegen zu haben.

Es besteht weiter die Kooperation mit dem Pathologischen Institut in Marburg, wohin jedoch bei wenigen Sektionen auch nur wenige Präparate geschickt werden, vor allem aber weiterhin Herzen.

4.12. Gesamtauswertung

In der Zusammenschau der Jahre lassen sich folgende Daten vergleichen:

1. Die Entwicklung der Krankenbestände
2. Die Anzahl der Verstorbenen
3. Die Anzahl an Sektionen
4. Die häufigsten Todesursachen
5. Die häufigsten Diagnosen

4.12.1. Die Entwicklung der Krankenbestände

Im Archiv des LWV befindet sich im Bestand Nr. 15 Akte Nr. 00172 die schon in den vorangegangenen Kapiteln häufig zitierte Liste mit dem Titel *Krankensbewegung*, in welcher die Zahlen der Patienten und Patientinnen ab dem Gründungsjahr 1911 bis zum Jahr 1962 erfasst wurden. Unterteilt werden die Daten noch in „Zugänge“ und „Abgänge“ (wiederum auf die in Jahresberichten der Zeit übliche Art unterteilt in „entlassen“ und „verstorben“ – Entwichene werden nicht gesondert berücksichtigt). Die Entlassenen werden in „geheilt“, „gebessert“ und „ungeheilt“ unterteilt. Relevant sind für die Auswertung der Gesamtbestände aber nur die Bestandszahlen. Hier wird jeweils ein Zeitpunkt gewählt, an dem ein Anfangsbestand und dann ein Endbestand ermittelt werden. Von 1911 bis 1926 beschreibt der Anfangsbestand die Anzahl an Erkrankten, die sich am 1. April eines jeden Jahres (also nach dem ersten Quartal) in der Klinik aufgehalten haben und bis zum Jahr 1922 der Endbestand, die Anzahl, die am 31. März des Folgejahres in der Anstalt waren. Ab dem Jahr 1923 kommt es dann zu Unregelmäßigkeiten: Das Jahr 1923 wird vom 01.04.1923 bis zum 29.02.1924 gezählt, das danach wieder wie zuvor ab dem 01.04.1924 bis zum 31.03.1925 (wodurch der März 1924 nicht erfasst wird). Das darauf folgende Jahr wird vom 01.04.1925 bis diesmal nur den 31.01.1926 gezählt, und das folgende Jahr beginnt erst wieder am 01.04.1926, wodurch der Februar und März 1926 in der Erfassung fehlen. Das Jahr 1926 wird erstmals bis zum 31.12.1926 erfasst. Ab 1927 ändert sich der untersuchte Zeitraum schließlich dahingehend, dass er deckungsgleich zum Kalenderjahr gezählt wird. Hierdurch entstehen, wie zu erwarten, Ungenauigkeiten in den Zahlenangaben, welche auch ein Hinweis auf eine Ursache für das Fehlen eines Sektionsbandes sein könnten. In diesen Jahren scheinen keine gänzlich geordneten Abläufe in der HPA Herborn geherrscht zu

haben. Welche Gründe hierfür bestanden, denkbar wären vor allem Finanznot, Personalmangel, andere Prioritäten wie z.B. Baumaßnahmen, bleibt offen.

Als weitere Quelle für die Angaben der Krankenbestände wurden die Jahresberichte der Verhandlungen des Kommunallandtages Wiesbaden herangezogen. Nur hier werden Angaben zur Geschlechterverteilung gemacht. Diese war von 1911 bis 1921 in der Summe jeweils deckungsgleich mit dem in der Liste *Krankensbewegung* angegebenen Anfangsbestand eines jeden Jahres. Die Angaben zu den Geschlechterverteilungen der Jahre 1911 und 1922 fehlen in den Verhandlungen des Kommunallandtages. Für das Jahr 1923 wird der Endbestand des Vorjahres 1922 angegeben (insgesamt 616 Patienten und Patientinnen vom 31.03.1923, anstatt 618 vom 01.04.1923 – dieser eine Tag Unterschied macht immerhin 2 Personen aus). Ab dem Jahr 1927, dem ersten auf das Kalenderjahr bezogenen, wird jeweils der Endbestand des jeweiligen Jahres notiert.

Trotz dieser Ungenauigkeiten wurden die Zahlenangaben aus den Verhandlungen des Kommunallandtages Wiesbaden für die nachstehenden Auswertungen verwendet, da diese mit den Geschlechterverteilungen übereinstimmten. Zudem ist nicht klar, ob die Angaben der Liste *Krankensbewegung* unbedingt korrekt sind.

Um die Entwicklung der Krankenbestände in der Auswertung besser zu visualisieren, wurden auch die Bestandszahlen der Jahre miterfasst, in welchen die Sektionsprotokolle fehlen (also 1917-1926).

Tabelle 58: Gesamtkrankenbelegung, männliche und weibliche Personen pro Jahr (in Klammern zeitliche Angabe laut Liste *Krankensbewegung*)

Jahr	Gesamtkrankenbelegung	männlich	weiblich
1911	251 (<i>Zugänge insgesamt 1911</i>)	fehlt	fehlt
1912	209 (<i>01.04.1912</i>)	118	91
1913	315 (<i>01.04.1913</i>)	175	140
1914	448 (<i>01.04.1914</i>)	234	214
1915	509 (<i>01.04.1915</i>)	254	255
1916	538 (<i>01.04.1916</i>)	248	290
1917	428 (<i>01.04.1917</i>)	184	244
1918	299 (<i>01.04.1918</i>)	122	177
1919	255 (<i>01.04.1919</i>)	99	156

1920	338 (01.04.1920)	139	199
1921	621 (01.04.1921)	212	409
1922	633 (01.04.1922)	fehlt	fehlt
1923	616 (31.03.1923)	234	382
1924	690	283	407
1925	712 (01.04.1925)	288	424
1926	797 (31.01.1926)	364	433
1927	747 (31.12.1927)	369	378
1928	820 (31.12.1928)	438	382
1929	870 (31.12.1929)	450	420
1930	891 (31.12.1930)	441	450

Anmerkung: Ein gewählter Zeitpunkt für die Angabe der 690 Personen im Jahr 1924 aus dem Jahresbericht der Verhandlungen des Kommunallandtages Wiesbaden mit ergänzter Geschlechterverteilung ist aus der Liste der *Krankensbewegung* nicht nachvollziehbar. Der Anfangsbestand des Jahres wird am 01.04.1924 mit 710 und der Endbestand am 31.03.1925 mit 712 Personen angegeben.

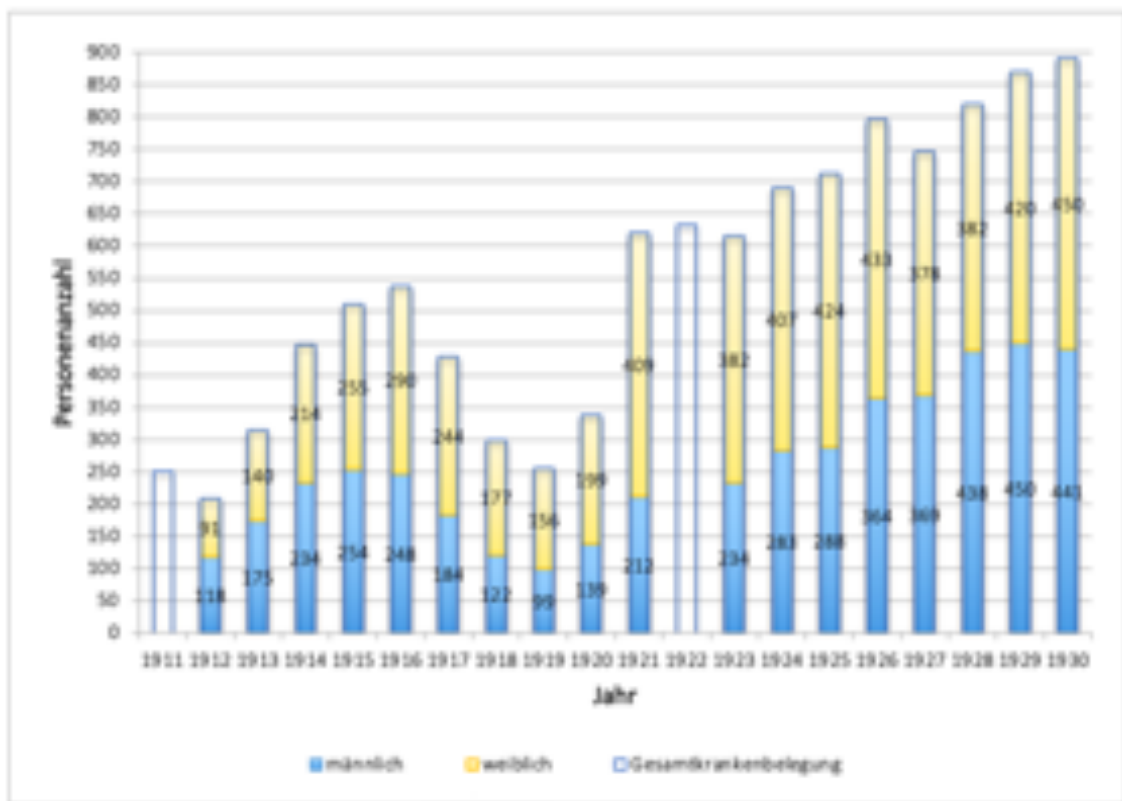


Diagramm 10: Gesamt-Krankenbelegung, männliche und weibliche Personen pro Jahr

Auswertung:

Die Krankenzahl zeigt über die Jahre eine ansteigende Tendenz. Während zu Beginn 1912 bis 1914 noch anteilig mehr Männer in der Anstalt lebten, gleicht sich der Anteil der Frauen bis zum Jahr 1915 an und ist ab 1916 anteilig größer. Diese Tendenz bleibt bis zum Jahr 1926 erhalten – im Jahr 1921 leben sogar nur 212 Männer, aber 409 Frauen in der Anstalt. In den folgenden Jahren gleichen sich die Anzahlen dann wieder weitestgehend an. Gründe hierfür werden nicht beschrieben.

Auffällig ist der Einbruch der Krankenzahl in den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren: 1919 ist mit 255 Patienten und Patientinnen fast wieder der Anfangsbestand von 1911 (251 Personen) erreicht. 1916 lebten noch 538 in der Anstalt. Gründe hierfür sind einerseits das kriegsbedingte Hungersterben in der Klinik,³⁶⁶ jedoch fällt auch die Influenza-Epidemie in diese Zeit. Hierzu schreibt Dr. Snell in den Jahresbericht betreffend das Jahr 1918:

„Die Zahl der Todesfälle durch Erschöpfung hat etwas abgenommen, dagegen starben eine Reihe von Patienten an Grippe, die in der ganzen Gegend epidemisch auftrat.“³⁶⁷

Weiterhin hätte ein Grund hierfür auch sein können, dass vermehrt Patienten und Patientinnen zurück in die Privathaushalte entlassen worden sind, was jedoch laut der auf der Liste der *Krankensbewegung* vermerkten Entlassungen nicht der Fall war. Eher im Gegenteil: Während zwischen 1912 und 1916 durchschnittlich 81 Personen pro Jahr entlassen wurden, waren es 1917 nur noch 40 und 1918 44. Wie zuvor beschrieben, ist die „Verlegung“ der Patienten und Patientinnen in Familienpflege erst ab 1927 dokumentiert.

Es wurden jedoch auch weniger Patienten und Patientinnen als sonst aus auswärtigen Kliniken übernommen: Hierzu ist in der Liste der *Krankensbewegung* passenderweise dokumentiert, dass 1917 nur 81 und 1918 nur 89 Erkrankte aufgenommen wurden. In den sechs Vorjahren kamen durchschnittlich 211 neue Patienten und Patientinnen pro Jahr in die Anstalt. 1919 sind es dann auch wieder 275 und 1920 sogar 481. Im Jahr 1921

³⁶⁶ Vgl. VKW 51 (1917), S. 451 und VKW 52 (1918), S. 467.

³⁶⁷ VKW 54 (1920), S. 470. Hier schreibt Dr. Snell weiter: *„Die Grippe bot die verschiedenartigsten Krankheitsbilder von den leichtesten katarrhalischen Erkrankungen an bis zu den schwersten Fällen, die unter Darmerscheinungen zur Erschöpfung oder durch Lungenentzündung schnell zum Tode führten. Erst im März erlosch die Influenza vollständig.“³⁶⁷*

zeigt sich folglich eine stark angestiegene Krankenzahl. Diesbezüglich wird in den Jahresberichten erläutert, dass wieder vermehrt Krankentransporte aus umliegenden psychiatrischen Anstalten nach Herborn gelangten.³⁶⁸ Das lag vor allem daran, dass die *Provinzial-Irrenanstalt Weilmünster*, die zuvor stets zahlreiche Pflegebedürftige aus Frankfurt übernommen hatte, ab 1919 in ein Volkssanatorium für Kinder aus ganz Deutschland umstrukturiert wurde. Daher wurden ab 1920 zunehmend die Transporte der pflegebedürftigen Kranken aus Frankfurt statt nach Weilmünster nach Herborn geschickt.³⁶⁹

4.12.2. Die Anzahl der Verstorbenen

Die Anzahl der Verstorbenen, die aus den Daten der Krankenakten und den Auflistungen in den Sektionsbänden hervorgeht, unterscheidet sich von der Zahl, die in der Bestandsliste angegeben wird. Ein offensichtlicher Erklärungsansatz hierfür sind zunächst die abweichenden Zeiträume der Datenerhebung. Während sich die Zahlen aus Akten und Sektionsbüchern auf ein jeweiliges Kalenderjahr beziehen, wurden die Daten der Liste *Krankenbewegung* bis zum Jahr 1926 meist in einem Zeitraum zwischen jeweils dem 1. April eines Jahres bis zum 31. März des Folgejahres ausgewertet. Daher könnten Todesfälle hinzugezählt oder weggelassen worden sein, die bei ersterer Herangehensweise zum vorangegangenen oder folgenden Jahr hinzugezählt wurden. Jedoch kommt es auch nach Umstellung des Geschäftsjahres auf das Kalenderjahr nach 1926 weiter zu leichten Abweichungen.

Tabelle 59: Anzahl Verstorbener aus Recherchen in Krankenakten und Sektionsbüchern im Vergleich zur Bestandsliste

Jahr	Verstorbene nach Krankenakten & Sektionsbüchern	Verstorbene nach Liste <i>Krankenbewegung</i>
1911	12	18
1912	39	38
1913	42	45
1914	53	63

³⁶⁸ Vgl. VKW 57 (1922), S. 226 und VKW 54 (1920), S. 465.

³⁶⁹ Vgl. Vanja: Arbeitstherapie, 2011, S. 75.

1915	79	75
1916	102	173
1917	fehlt	170
1918	fehlt	89
1919	fehlt	35
1920	fehlt	57
1921	fehlt	53
1922	fehlt	51
1923	fehlt	61
1924	fehlt	67
1925	fehlt	43
1926	fehlt	37
1927	54	73
1928	57	56
1929	73	73
1930	50	47

Auswertung:

Besonders auffällig ist hier die große Differenz zwischen den Angaben der verschiedenen Quellen im Jahr 1916 (in der Liste sind 71 Todesfälle mehr dokumentiert als aus Krankenakten und Sektionsbüchern ersichtlich sind). Speziell zum Jahr 1916 ist zu beachten, dass die Sektionsprotokolle lediglich bis zum 3. November geführt wurden (also fast zwei Monate des besonders versorgungsarmen Winters fehlen) und noch viele weitere Patienten und Patientinnen in den ersten Monaten des Jahres 1917 verstorben sein könnten, die in der Aufzählung der Liste mit in die Zählung eingegangen wären.

Da ab 1917 keine Sektionsberichte mehr vorliegen, können ab dem Jahr keine Vergleiche mehr gezogen werden. Trotzdem fällt auf, dass in der Auflistung der Todesfälle 1916 und 1917 etwa doppelt so viele Menschen verstarben, wie in den vorangegangenen und folgenden Jahren.

Und obwohl die Gesamtzahl der in der Anstalt Lebenden ab 1920 wieder stetig stieg, blieben die Todesfälle ab dann weitestgehend konstant.

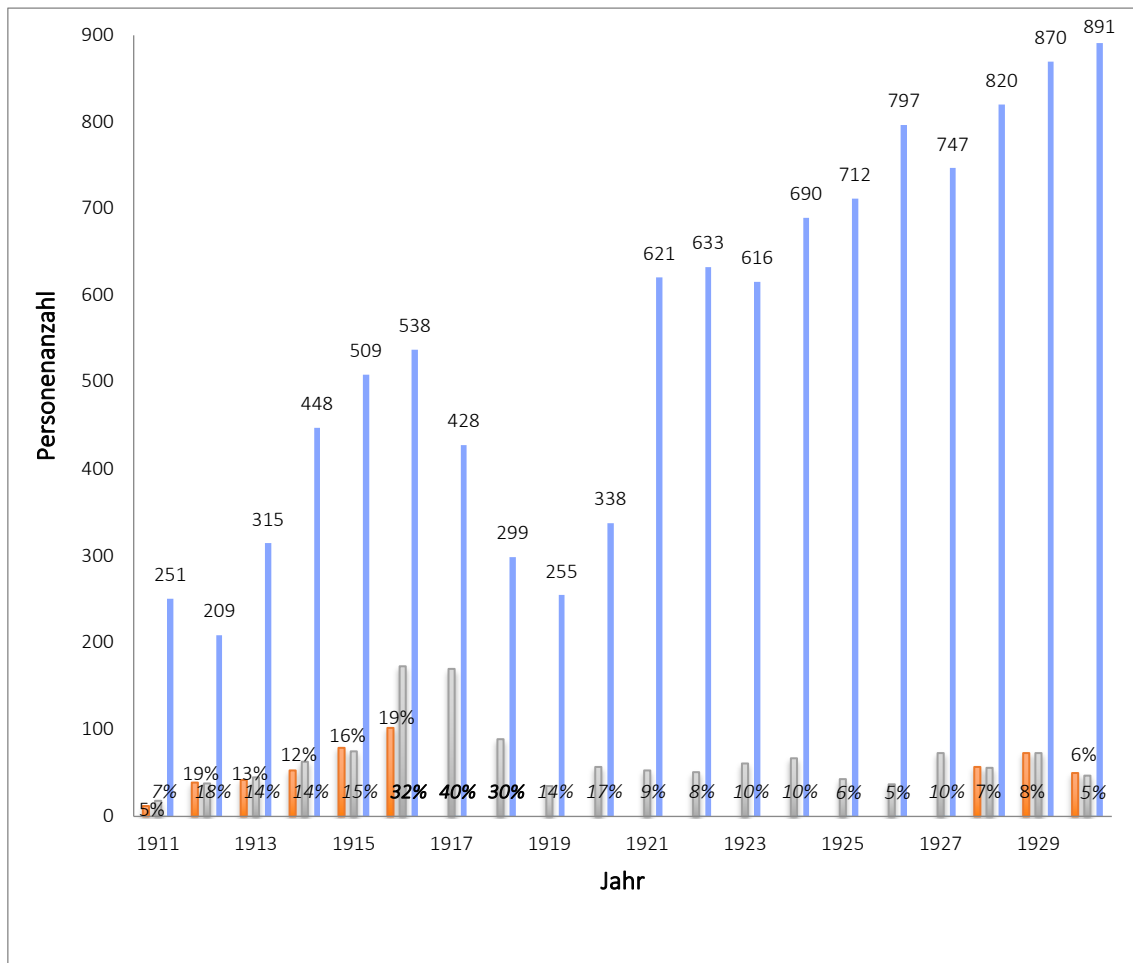


Diagramm 11: Die Anzahl der Verstorbenen (prozentuale Beschriftung, ergänzend zur aus der y-Achse und Tabelle zu entnehmenden Anzahl) jeweils nach der Angabe in der Liste *Krankbewegung* (grau) und in den Sektionsberichten und Krankenakten (rot) im Vergleich zum gesamten Krankenbestand (blau)

Anmerkung: In den „Zwischenjahren“ 1917 bis 1926 sind nur die Zahlen der Verstorbenen aus der Liste *Krankbewegung* bekannt.

Auswertung:

Auch hier fällt direkt der Anstieg an Verstorbenen im Jahr 1916 auf, gefolgt von einem Absinken der gesamten Personenzahl ab 1917 und den beiden nachfolgenden Jahren. Gerade durch die Angabe der prozentualen Anteile der Verstorbenen an der gesamten Personenzahl wird deutlich, dass laut Bestandsliste 40% der 1917 in der HPA Herborn Lebenden verstorben war. Auch 1916 und 1918 wird der Anteil mit etwa 30% angegeben. Schon bei der Auswertung der *Entwicklung der Krankenbestände* war diese Entwicklung deutlich geworden, doch unter Hinzunahme der tatsächlich dokumentierten Anzahl der Verstorbenen wird das Ausmaß des Versterbens deutlicher.

Ab 1921 ist die Anzahl der Verstorbenen bei steigendem Krankenbestand relativ konstant zwischen 5% und 10%.

4.12.3. Die Anzahl an Sektionen

Zur Auswertung der Sektionen wurde die Anzahl der Verstorbenen herangezogen, die sich aus den Akten und Sektionsbüchern ergab. Diese Zahlenangabe wurde der aus der Liste *Krankensbewegung* vorgezogen, da auch die Zahlen zu den Sezierten und Nicht-Sezierten aus diesem Quellenmaterial stammen.

Tabelle 60: Verstorbene, davon sezierte und nicht sezierte 1911-1930

Jahr	Verstorben	Nicht seziert	nicht seziert in %	Seziert	seziert in %
1911	12	10	83%	2	17%
1912	39	1	3%	38	97%
1913	42	0	0%	42	100%
1914	53	22	42%	31	58%
1915	79	77	97%	2	3%
1916	102	98	96%	4	4%
1917-1926					
1927	54	16	30%	38	70%
1928	57	12	21%	45	79%
1929	73	41	56%	32	44%
1930	50	42	84%	8	16%

Anmerkung: Hier sind die Jahre 1917 bis 1926 unberücksichtigt, weil hierzu wegen des fehlenden Quellenmaterials keine Daten erhoben werden konnten.

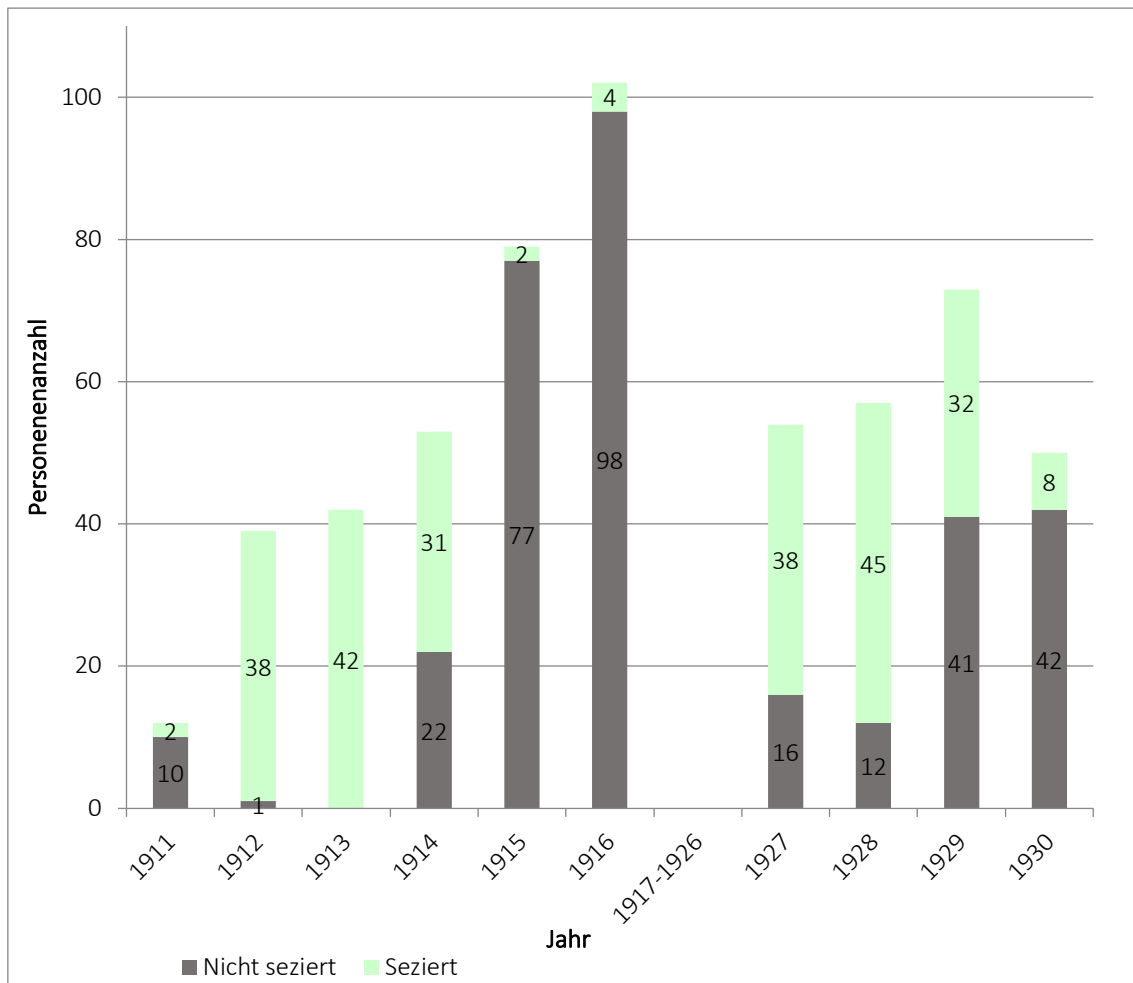


Diagramm 12: Anzahl Verstorbener unterteilt in seziert (grün) und nicht-seziert (grau)

Auswertung:

Im ersten Jahr wurde noch kaum seziert, da die zur Sektion benötigten Räumlichkeiten noch nicht fertiggestellt waren. Die nächsten beiden Jahre wurden regelhaft Sektionen durchgeführt (1913 sogar aller Verstorbenen), um dann ab Mitte 1914 zum Kriegsbeginn nicht mehr regelmäßig stattzufinden. Während der Kriegsjahre wurden die Sektionen „wegen *Pflegermangel*“ größtenteils unterlassen. Diese Begründung liest sich schon wenige Tage nach Kriegsbeginn im Sektionsbuch. Zusätzlich berichten der Klinikdirektor Dr. Snell in den jährlichen Berichten und Oberarzt Dr. Becker in seinem Artikel zu den Auswirkungen des Krieges in der Anstalt, dass sowohl männliche als auch weibliche Pflegekräfte in den Krieg (sei es als Soldaten an die Front oder Schwestern ins Lazarett) gezogen waren. Hierdurch entstand ein Versorgungsdefizit der Verbliebenen. Teilweise wurden ruhigeren Kranken sogar Aufsichtsaufgaben zugewiesen, später Kriegsgefangene

mit in den Klinikalltag eingebunden.³⁷⁰ Dass aufgrund des Pflegekräftemangels dann auch die Sektionen ausfielen, könnte wie zuvor schon diskutiert, bedeuten, dass bei den Sektionen eine Pflegekraft anwesend war, z.B. zur direkten Assistenz oder parallelen Dokumentation. Außerdem wäre vorstellbar, dass der sezierende Arzt außerhalb des Sektionsraums pflegerische Aufgaben bezüglich der Krankenversorgung mitübernehmen musste und daher keine Kapazitäten mehr für die regelmäßige Sektionspraxis hatte. Angesichts des erhöhten Aufkommens, war das wohl auch nicht mehr zu leisten und verlor an Priorität.

Im zweiten Untersuchungszeitraum (ab 1927) scheint sich die Sektionspraxis geändert zu haben: Es werden zunehmend Sektionen aus unterschiedlichsten Gründen (Ablehnung durch Angehörige, „*Leiche direkt abgeholt*“, Tod außerhalb der Klinik) unterlassen. Eine Sektion 1928 wird sogar mit der Begründung „*Keine Sektion, weil Todesursache klar*“ ausgesetzt.³⁷¹ Vereinzelt wird ab 1929 auch als Begründung angegeben, die Zustimmung zur Sektion durch die Angehörigen liege nicht vor. Während sich in den frühen Jahren nicht abzeichnet, dass die Angehörigen in die Entscheidung für oder gegen eine Sektion mit eingebunden wurden, scheint dies, vergleichbar mit heutiger Praxis, im letzten untersuchten Zeitabschnitt zunehmend der Fall gewesen zu sein.³⁷²

Während 1927 und 1928 noch der größte Teil der Verstorbenen seziert wird, sind es 1929 schon weniger Sezierte als Nicht-Sezierte, und 1930 werden von den 50 Verstorbenen nur noch 8 seziert. Während der erste Einbruch der Sektionstätigkeit um 1914 mit dem Kriegsbeginn erklärbar scheint, ist dieser zweite unschlüssiger: Möglich wäre eine Änderung in der Rechtsprechung. Einen Hinweis hierauf liefern die neu aufgeführten Gründe für das Ausbleiben der Sektionen. Aber auch ein allgemeines Umdenken im medizinischen Diskurs wäre möglich: Möglicherweise wurde keine so große Notwendigkeit mehr in der Sektion verstorbener psychisch Erkrankter gesehen.

³⁷⁰ Siehe hierzu auch Kapitel Die Heil- und Pflegeanstalt Herborn

³⁷¹ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 15.08.1928, Müller, Hermann und passende Akte im LWV Bestand K15, Abgänge Herborn Männer.

³⁷² Vgl. Schwarze, Ernst-Wilhelm; Pawlitschko, Jörg: Autopsie in Deutschland. Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 100, Heft 43, 2003, S. 2802-2808, hier S. 2806.

4.12.4. Die häufigsten Todesursachen

Tabelle 61: Die häufigsten Todesursachen 1911-1930 (Anzahl der jeweils an der Krankheit Verstorbenen in Klammern)

Jahr	Gesamt	Häufigste Todesursache	2. Häufigste	3. Häufigste
1911	12	Tbc (3)	Marasmus senilis Paralytischer Anfall Marasmus paralyticus (je 2)	
1912	39	Gehirnlähmung (10)	Pneumonie (8)	Tbc (4)
1913	42	Paralyse (6)	Gehirnlähmung (5)	Tbc (4)
1914	53	Gehirnlähmung (13)	Tbc Altersschwäche (je 5)	Herzlähmung Marasmus paralyticus Pneumonie (je 4)
1915	79	Erschöpfung (11)	Marasmus senilis (9)	Marasmus paralyticus (8)
1916	102	Erschöpfung (16)	Marasmus paralyticus (11)	Altersschwäche (8)
1917 - 1928				
1927	54	Erschöpfung (8)	Herztod (7)	Tbc (5)
1928	57	Tbc (11)	Erschöpfung (9)	Marasmus paralyticus Nephritis (je 4)
1929	73	Tbc (11)	Erschöpfung (10)	Pneumonie (6)
1930	50	Erschöpfung (10)	Marasmus paralyticus (7)	Pneumonie Tbc (je 5)

Anmerkung: Im Jahr 1911 sind die 3.-häufigsten Todesursachen mit je nur einem Fall „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“, „Altersschwäche“ und Pneumonie. Diese wurden aufgrund der geringen Fallzahl und fehlenden Aussagekraft nicht mit in die Tabelle aufgenommen.

Auswertung:

Insgesamt war „Erschöpfung“ die häufigste Todesursache (4 mal an erster und 2 mal an zweiter Stelle). In diesen erwähnten Jahren starben insgesamt 63 Personen an „Erschöpfung“. Sie trat erstmals 1915 auf und war direkt mit 11 Verstorbenen die häufigste Todesursache; 1916 war sie dann mit 16 Fällen die häufigste.

Am zweithäufigsten kam es zum Tod durch Tuberkulose: 1911, 1928 und 1929 war sie jeweils am häufigsten für das Versterben der Patienten und Patientinnen verantwortlich und war im Jahr 1914 auf dem 2. und in den Jahren 1912, 1913, 1927 und 1930 auf dem 3. Platz. Insgesamt starben in diesen Jahren mindestens 48 Menschen an einer Form der Tuberkulose.

Darauf folgte das Versterben durch „Marasmus paralyticus“ (2. Platz 1911, 1916 und 1930 und 3. Platz 1914, 1915, 1928, insgesamt in diesen Jahren mit 36 Toten) und „Gehirnlähmung“ (1912 und 1914 auf Platz 1, 1913 auf Platz 3, in diesen Jahren insgesamt mit 28 Toten) – zwei Todesursachen, deren Terminologie aus heutiger Sicht unklar erscheint. Hierzu im Anschluss mehr.

4.12.5. Die häufigsten Diagnosen

Tabelle: Die häufigsten Diagnosen der Verstorbenen 1911-1930 (auf nur eingeschränkter Quellenbasis)

Jahr	Insgesamt Verstorbene	Häufigste Diagnose	2. häufigste	3. häufigste
1911	12			
1912	39	Dementia paralytica (13)	Dementia arteriosclerotica (5)	Dementia senilis (4)
1913	42	Dementia paralytica (14)	Lues (4)	Epilepsie Dementia senilis (je 3)
1914	53	Dementia paralytica (14)	Dementia senilis (11)	Katatonie (4)
1915	79	Dementia paralytica (23)	Dementia senilis (18)	Dementia arteriosclerotica (7)

1916	102	Dementia paralytica (22)	Dementia senilis (18)	Dementia paranoides (11)
1917 - 1928				
1927	54	progressive Paralyse (8)	Katatonie (5)	Epilepsie (4)
1928	57	Dementia paranoides Dementia senilis Hebephrenie (je 3)	chron. Alkoholismus Dementia paralytica Epilepsie progressive Paralyse (je 2)	
1929	73	Dementia senilis (8)	Schizophrenie (7)	progressive Paralyse (6)
1930	50	Dementia senilis progressive Paralyse (je 5)	Schizophrenie (4)	arteriosclerotisches Irresein Dementia paranoides Lues cerebri (je 3)

Anmerkung: In zahlreichen Jahrgängen fehlt ein großer Teil der Diagnosen, da die Krankenakten, in denen diese Angaben zu finden sind, nicht mehr auffindbar waren und nur selten die Diagnosen mit in die Sektionsprotokolle übernommen worden sind.³⁷³

Auswertung:

Insgesamt sind diese Ergebnisse aufgrund der fehlenden Datenlage nur bedingt verwertbar. Im 2. Untersuchungsabschnitt fallen die deutlich geringeren Fallzahlen auf, was, wie erläutert, darauf zurückzuführen ist, dass in diesen Jahren kaum Krankenakten

³⁷³ Dies verzerrt in den besonders betroffenen Jahren (1911, 1927, 1928, 1929) die Statistik der häufigsten Diagnosen: 1911 bleiben 10 von 12 Diagnosen unbekannt, 1912 6 von 39, 1913 nur eine von 42, 1914 5 von 53, von 1915 sind alle Diagnosen bekannt, 1916 bleiben nur 3 von 102 unbekannt, 1927 bleiben hingegen mit 25 von 54 fast die Hälfte der Diagnosen unbekannt, 1928 sind es sogar 31 von 57, 1929 13 von 73 und 1930 bleiben nur noch 4 von 50 unbekannt. Besonders hervorzuheben ist hier, dass zum größten Teil die Diagnosen der verstorbenen Frauen fehlen und gerade in den Jahren 1927 bis 1929 die Diagnosen fast nur die der Männer sind.

der weiblichen Verstorbenen aufzufinden waren und somit deren Diagnosen unbekannt bleiben.

Welche Diagnosen bei allen in der HPA Herborn Lebenden die häufigsten waren, wurde nicht ermittelt, da in dieser Auswertung nur die Diagnosen der Verstorbenen untersucht wurden.

„Dementia paralytica“ war in dem ersten untersuchten Abschnitt, in welchem die Datenlage besonders dicht ist (ausgenommen 1911), immer die häufigste Diagnose. 1912 und 1913 an dritter Stelle und 1914 bis 1916 an zweiter war „Dementia senilis“. Im zweiten untersuchten Abschnitt gestalteten sich die häufigsten Diagnosen der Verstorbenen etwas breitgefächerter: Zwar war „Dementia senilis“ in den Jahren 1928 bis 1930 wieder an erster Stelle, jedoch waren nun auch Diagnosen unter den häufigsten, die in den Vorjahren kaum Erwähnung fanden. Herauszuheben ist hier besonders die „Schizophrenie“: 1927 wurde sie erstmals als Diagnose erfasst (zwar noch nicht unter die drei häufigsten) und war dann in den Jahren 1929 und 1930 mit 7 und 4 Fällen die 2.-häufigste. Im gesamten zweiten Untersuchungsabschnitt unter den häufigsten Diagnosen fand sich die „progressive Paralyse“.

Auffällig ist, dass in jedem Jahr zumindest eine syphilitische Erkrankung unter den häufigsten drei Diagnosen ist: Neben der schon erwähnten „Dementia paralytica“ ist dies 1913 „Lues“ bzw. „Lues cerebri“ mit 4 und 1930 mit 3 Fällen, 1927 „progressive Paralyse“ mit 8 Fällen, 1918 mit 2, 1929 mit 6 und 1930 mit 5 Fällen.

Insgesamt zeigt sich ein breitgefächertes Bild der häufigsten Diagnosen. Zwar litten viele der Verstorbenen an Syphilis, aber zahlreiche Diagnosen sind auch aus der Gruppe der Schizophrenien und es zeigen sich verschiedene Demenzen, besonders die „Dementia senilis“ sowie vereinzelt Epilepsie.

Diese Aussagen hinsichtlich der häufigsten Diagnosen stehen aber ganz entscheidend unter dem Vorbehalt der lückenhaften Daten. In die Auswertung wurden sie dennoch aufgenommen, da sie trotzdem einen, wenn auch eingeschränkten, Einblick in vorherrschende Diagnosen der Zeit und vor allem der Verstorbenen der HPA Herborn ermöglichen.

5. Exemplarische Krankenakte

An dieser Stelle wird ein Patient, der für einige Zeit nach Herborn eingewiesen worden war, porträtiert. Anhand dieser Aufarbeitung soll exemplarisch nachvollzogen werden, wie es zur Einweisung in die HPA Herborn kommen konnte, wie sich der Aufenthalt in der Anstalt gestaltete, was nach dem Versterben mit dem Leichnam geschah, von der Sektion über die histopathologische Untersuchung einzelner Organe im Pathologischen Institut Marburg bis zur Bestattung.

Hierfür wurden neben dem Inhalt der Krankenakte selbst das Sektionsprotokoll und das pathologische Ergebnis des Institutes in Marburg ausgewertet.³⁷⁴

Anton Raab

Am 21. September 1926 kam ein neuer Patient „mit größerem Transport“ nach Herborn. Anton Raab, ein in Frankfurt ansässiger Bierbrauer, war zum Zeitpunkt seiner Einweisung in Herborn 52 Jahre alt. Bevor er nach Herborn geschickt wurde, hatte er zwei Wochen als Patient in der Psychiatrischen Abteilung der Städtischen Heilanstalt der Universität Frankfurt verbracht. Jedoch wurde er „ohne stattgehabte Genesung“ verlegt, mit dem Hinweis durch den ansässigen Direktor der Nervenlinik Dr. Kleist (1879-1960), der Patient leide an „progressiver Paralyse“. Es sei eine weitere „Behandlung in einer geschlossenen Anstalt“ nötig.

Anton Raab wurde im April 1874 als eines von vier Kindern im unterfränkischen Wildensee geboren. Seine Eltern waren Bauern. Über seine Jugend ist aus der Patientenakte wenig zu erfahren. Zuletzt hatte er in der Rümelinstraße in Frankfurt gewohnt und war vor seiner Ankunft in Herborn wegen verschiedener Delikte straffällig geworden (u.a. hatte er Passierende auf der Straße mit einem Messer bedroht). Jedoch war er wegen seiner Erkrankung für schuldunfähig befunden worden. Geheiratet hatte er nie, von Kindern ist nichts bekannt.

³⁷⁴ Vgl. Sektionsbuch 3, Todesdatum 19.12.1927, Raab, Anton und zugehörige Krankenakte, LWV Bestand K15, Abgänge Herborn 1927, männlich.

Landes-Heil- und Pflege-Anstalt
Herborn (Dillkreis).

Kranken-Geschichte
des geisteskranken

Anton Raab,

aus *Frankfurt a/M.*

geboren am *1. ten April* *1878* zu *Wildenseel*

	Datum der Aufnahme	Datum des Abganges
1	<i>21. September 1906</i>	<i>19. Dezember 1907 F.</i>
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Bild 5: Umschlag der Krankenakte von Anton Raab

Direkt nach seiner Ankunft in Herborn wurden die ersten Beobachtungen seitens des Klinikpersonals notiert: „*Pat. liegt ziemlich stumpf und ganz still da, hat kein Interesse an seiner Umgebung.*“ Zur Aufnahme wurde er auch körperlich untersucht. Auffällig waren seine lichtstarren, unterschiedlich stark geweiteten Pupillen.

Nachdem Anton die ersten Monate seines Aufenthaltes noch in seinem „*Wachsaal*“ umhergelaufen war, Erfundenes erzählte und sogar im Oktober einmal einem anderen Patienten die Socken stahl, baute er bis Ende Januar 1927 so weit ab, dass zu seinem Zustand vermerkt wurde: „*Sehr blöde geworden. Liegt teilnahmslos im Bett, antwortet kaum auf Fragen. Nachmittags hält er sich im Aufenthaltssaal auf, wo er stumpf vor sich hin brütet.*“ Ende März dann: „*Vollkommen verblödet; nur geringes Sprachverständnis. Wird mit Unterbrechungen von wochenlanger Dauer, in welchen der Kranke schimpft, gestikuliert, in der Flechtwerkstätte beschäftigt.*“ Im Juli wurde er dann ins „Siechenhaus“ verlegt, nachdem er die ersten Monate noch in M1 („Wachsaal“) untergebracht war.

Trotz seiner Apathie wurde im Januar 1927 in seiner Krankenakte explizit vermerkt, der Patient dürfe nicht entlassen werden, da es zu „*unvorhersehbare{n} Handlungen eines Geisteskranken*“ kommen könne. Das restliche Jahr über harnte Anton in seinem reduzierten Zustand aus, schlief zunehmend, lag stundenlang in Dauerbädern, hatte ab und zu noch unruhige Phasen und starb letztlich am 19. Dezember 1927.

Noch am selben Tag wurde ein Telegramm an Antons Vater, der von Anton bei Ankunft in Herborn als Angehöriger angegeben worden war, nach Wildensee verschickt:

„*Sohn Anton heute verstorben. Beerdigung 22.12.1927 11 ½ Uhr. Anstalt Herborn.*“

Durch einen Eilboten erfolgte zudem eine postalische Benachrichtigung, welche das Beisetzungsdatum bekannt gab und den Hinterbliebenen die Möglichkeit einräumte, den Leichnam für eine Bestattung in der Heimat gegen „*nicht unerhebliche Kosten*“ der Familie in die Heimat zu überführen.

Der Leichnam Antons wurde noch am Tag seines Todes obduziert. Eine Einwilligung der Familie war nicht eingeholt worden, seitens des Patienten fand sich auch keine (ihre Rechtskräftigkeit wäre auch durchaus anfechtbar gewesen). Dieses Vorgehen spricht für eine aktive Widerspruchsregelung bzgl. der Sektionen.

Im Sektionsprotokoll liest sich:

„Mittelgrosse, männliche Leiche in reduziertem Ernährungszustand. Totenflecken und Leichenstarre sind festzustellen. Decubitus in der Kreuzbeingegend. An der Schädeldecke ist ein alter, sehr gut geheilter Schädelbruch zu konstatieren. Die zusammengeheilten Knochenränder sind sehr scharfkantig. Keinerlei Verwachsungen mit Gehirnhäuten

Gehirngewicht: 1250gr.

Das Herz entspricht in seiner Größe der Faust der Leiche.

Der Anfangsteil der Aorta ist von vielen narbig aussehenden Flecken durchgesetzt. Sonst ist das Herz ohne besonderen Befund.

Die Gehirnhäute sind verdickt und lassen sich in grossen Fetzen vom Gehirn ablösen. Gehirn gut durchblutet. Starke Körnerung des Bodens der Seitenventrikel sowie des IV. Ventrikels. Sonst ist zu dem Gehirn nichts Pathologisches festzustellen.

Die linke Lunge ist von normaler Beschaffenheit. Die rechte Lunge ist stark mit Blut angefüllt, auf ihrer Oberfläche zeigen sich gelblich, eitrig, fibröse Auflagerungen. Ausgeschnittene Lungenstückchen sinken im Wasser unter.

Die Leber ist verfettet. Die Gallenblase enthält eine grosse Menge dicker, dunkelflüssiger Galle.

Die Milz ist o.B. In ihrer Nähe befindet sich eine ca. haselnussgroße Nebenmilz.

Die Nierenkapseln lassen sich gut lösen. Die Zeichnung der Nierensubstanz ist scharf. Zu jeder Niere sind einige kleine Cysten anzufinden.

Todesursache: Herztod (Paralyse) bei beg.
rechtsseitiger Pneumonie

Herz wird nach Marburg gesandt.“

Die linke Lunge ist von normaler Beschaffen-
heit. Die rechte Lunge ist stark mit Blut ange-
füllt. Auf ihrer Oberfläche zeigen sich gelblich,
stängige, fibrose Auflagerungen. Ausgeschirnte
Lungenstückchen sinken im Wasser unter.
Die Leber ist vergrößert. Die Gallenblase enthält
eine große Menge dicker, dunkelflüssiger Gel-
le.
Die Milz ist v. B. In ihrer Nähe befindet sich
eine ca. haselnußgroße Milzvergrößerung.
Die Nierenkapseln lassen sich gut lösen. Die
Einkapselung der Nierenarterien ist scharf. In jedem
Niere findet einige kleine Götter angedrückt.
Todesursache: Herztod (Paralyse) bei beg.
rechtsseitiger Pneumonie
Herz wird nach Marburg gesandt.

Bild 6: Ausschnitt des Sektionsberichtes aus dem dritten Sektionsband mit vermerkter
Todesursache

Wenige Tage später erreichte die HPA Herborn ein Antwortbrief seitens des Bruders Johannes Raab.

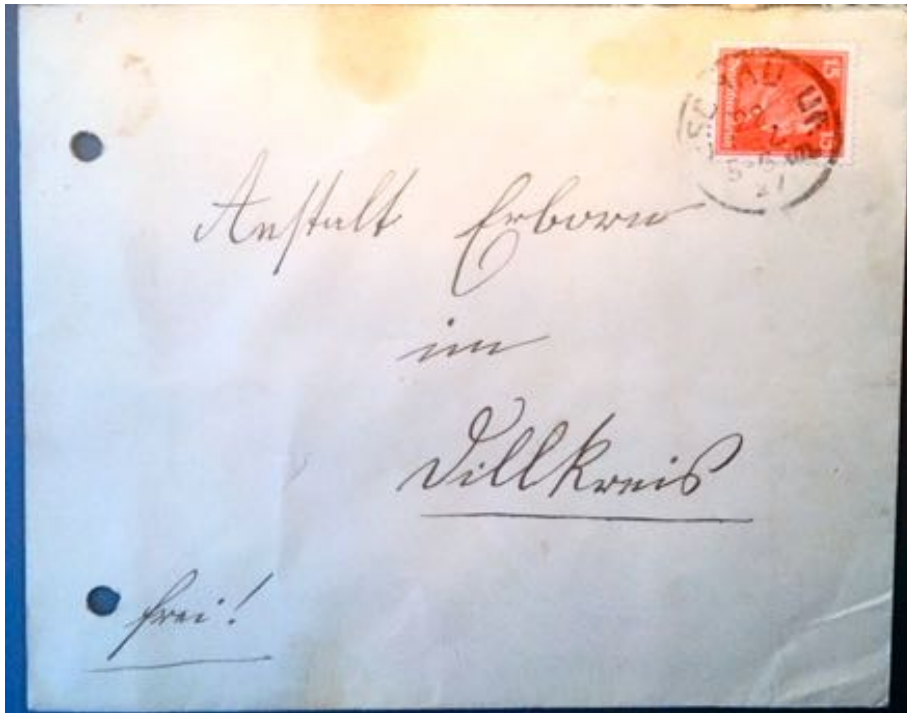


Bild 7: Briefumschlag des Briefes des Bruders, adressiert an die „Anstalt Herborn im Dillkreis“

Die Eltern seien schon vor Jahren verstorben. Dies habe Anton jedoch nicht mehr mitbekommen und daher wohl bei Aufnahme in der Klinik weiterhin seinen Vater als Angehörigen angegeben. Die Familie, bestehend aus zwei weiteren Schwestern, sei sehr arm, wohne weit weg und der Winter sei zu kalt, um an der Beisetzung des Verstorbenen teilzunehmen. Weiter fragte der Bruder, wie es denn zu der Krankheit gekommen sei, ob vielleicht eine Ansteckung während des Kriegsdienstes erfolgt sei. Zudem erkundigte er sich nach einer Kriegs- oder Invalidenrente.

in der Klinik überhaupt noch besaß: eine Winterhose, eine Weste, ein Paar Strümpfe, ein Paar Schuhe, einen Hosenträger, einen Wams und ein Messer. Die Kosten der Übersendung solle die Familie tragen.

Die Familie entschließt sich für die Zusendung der Habseligkeiten „als Andenken“ und erhielt sie Anfang Februar 1928.

Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Herborn.

Kleider-Verzeichnis

für Raab, Anton Klasse: _____

a) Kleider		
• Stück Sommer-Röcke	• Stück Kappen	• Stück Vorhemden
• „ Sommer-Hosen	• „ Hüte	• Paar Manschetten
• „ Winter-Röcke	/ Paar Schuhe	• Stück Krawatten
/ „ Winter-Hosen	• „ Stiefel	/ „ Hosenträger
/ „ Winter-Westen	• „ Pantoffeln	/ <i>Mantel</i>
• „ Hemden	• Stück Unterhosen	
/ Paar Strümpfe	• „ Unterjacken	/ <i>Wollhemd</i>
• Stück Taschentücher	• „ Ueberzieher	<i>Wäsche</i>
• „ Halstücher	• „ Kragen	

b) Sonstige Gegenstände und Wertgegenstände

<i>Herzogin Luise Park von der</i> <i>zu Jahn, besichtigt:</i>	Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Herborn (Dillkreis) <i>abfallen</i> <i>Wildensee</i> Herborn, den 8. Februar 1928. <i>Johannes Raab</i>
---	---

500. 6. 25. V.

Bild 9: Kleiderverzeichnis von Anton Raab

Der Befund des eingeschickten Herzens seitens des Pathologischen Instituts Marburg erreichte Herborn erst im Februar 1928:

„Das von dem Pat. Raab eingesandte Herz ist im ganzen verkleinert. Gewicht 270g. Die Herzmuskulatur ist von brauner Farbe, ihre Consistenz wegen des angehärteten Zustandes nicht bestimmbar. Am Klappenapparat keine Besonderheiten. In der Aorta ascendens an der Aortenwurzel und am Abgang der Coronargefäße beginnend starke Runzelbildungen, die sich über die ganze Aorta ascendens hinstreckt. Aortitis luetica makroskopisch

wahrscheinlich, mikroskopisch nicht so sehr ausgesprochen, aber wohl als sicher anzunehmen.“

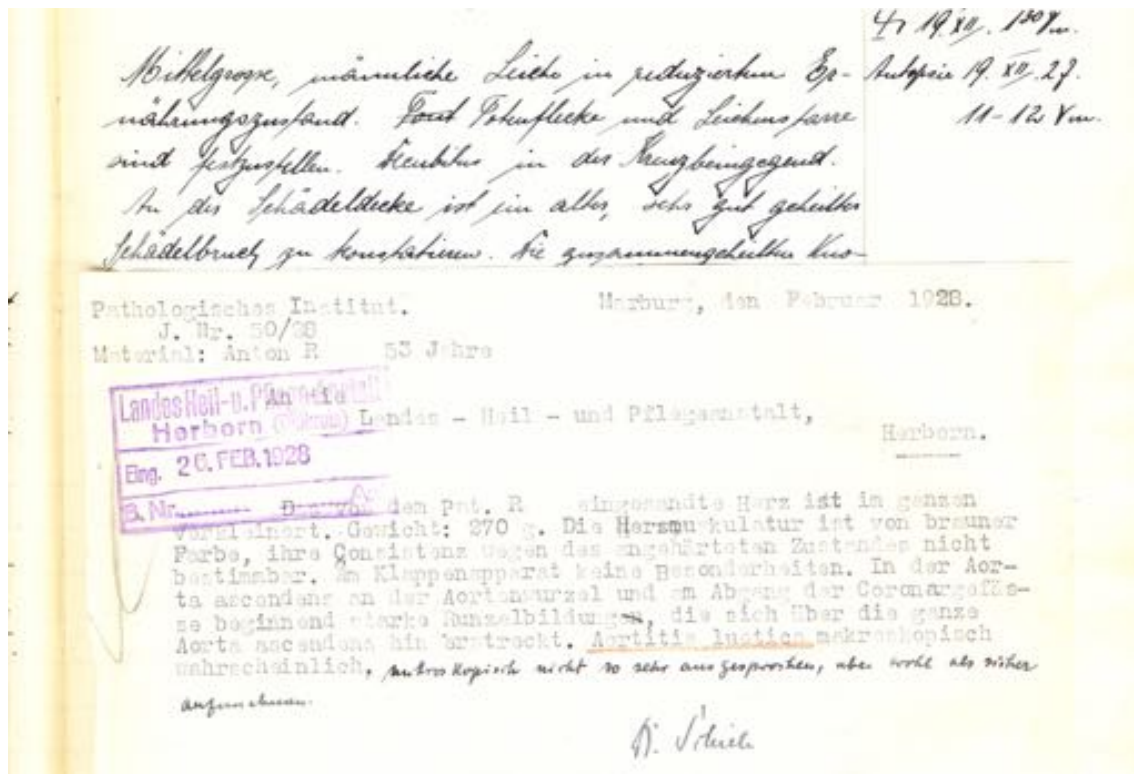


Bild 10: Ausschnitt des Sektionsprotokolls mit pathologischem Befund aus dem Pathologischen Institut in Marburg

Drei Tage nach dem Tod wurde der Leichnam Antons auf dem klinikinternen Friedhof beerdigt.

Anhand des Krankenverlaufs Anton Raabs lässt sich nachvollziehen, wie der Aufenthalt eines Menschen, der in Herborn lebte und starb, häufig verlief.

Typisch ist hier außerdem noch der Beginn der Krankengeschichte in Frankfurt: Nachdem Anton hier als unheilbar diagnostiziert wurde, kam er in die HPA Herborn, wo er bald nur noch siech vor sich hin existierte, gelegentlich an ruhigen Tagen an der Arbeitstherapie in der Flechtwerkstatt teilnahm, weitere Tage mit Dauerbädern verbringen musste und bald nach Verlegung ins Siechenhaus (wo die Pflege nicht auszureichen schien, um einen sakralen Dekubitus vorzubeugen) schließlich starb. Sein Leichnam wurde seziert und in der Klinik selbst bestattet. Sein Herz wurde noch ins Pathologische Institut nach Marburg versandt und dort aufgrund der wahrscheinlichen „Aortitis syphilitica“ vermutlich mit

Interesse in Empfang genommen. Zudem wird ein kleiner Teil der Kooperation seitens der Klinikleitung mit den Hinterbliebenen deutlich – neben den weit arbeitsintensiveren latenten Korrespondenzen.³⁷⁵

Eine ähnliche Geschichte könnte wahrscheinlich noch von vielen weiteren psychisch kranken Patienten und Patientinnen aus der HPA Herborn erzählt werden.

³⁷⁵ Zu diesem Thema am Beispiel des hessischen Landeshospitals Hofheim Vgl. Sahmland, Irmtraut: Briefkultur und psychische Krankheit. Patientenbriefe im Landeshospital Hofheim (2. Hälfte des 19. Jahrhunderts), in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Bd. 13, 2007, S. 67-99.

6. Diagnosen und Todesursachen im historischen Kontext

Insgesamt hat sich bei der Auswertung sowohl der Todesursachen als auch der Diagnosen gezeigt, dass die rein statistische Herangehensweise hier auf ihre Grenzen stößt: Da es sich um eine historische Arbeit handelt, mussten die damals gewählten Formulierungen in ihrer originalen Form beibehalten werden. Dadurch wurden, wie zuvor erläutert, Erkrankungen bzw. Todesfolgen, die synonym umschrieben wurden, einzeln ausgewertet. Erst in Zusammenschau der gesamten Ergebnisse lassen sich auf Basis der so aufgearbeiteten Daten weitere Schlüsse ziehen. Zudem war das Material in einigen Aspekten nur sehr lückenhaft vorhanden, sodass einzelne Aspekte, wie z.B. die Diagnosen nur in vereinzelten Jahren ausgewertet werden konnten.

Im Folgenden sollen nun einzelne Aspekte der zuvor herausgearbeiteten Ergebnisse vertiefend erläutert werden. Hierbei handelt es sich speziell um die „Erschöpfungszustände“, die Syphilis und die Schizophrenie:

Die Formulierungen der Erschöpfungszustände im Laufe der Jahre müssen genauer untersucht werden, da die aufgearbeiteten Todesstatistiken ein massives Hungersterben in HPA Herborn aufgezeigt haben und die Erschöpfungszustände womöglich eine Benennung von diesem darstellen.

Die syphilitischen Diagnosen und Todesursachen fallen durch den untersuchten Zeitabschnitt in eine besonders rege Zeit in der Syphilis-Forschung. Der historische Kontext soll hier eingehender erläutert werden, besonders um den damaligen Wissensstand als Basis möglicher Interpretationen zu nutzen.

Die Aufarbeitung der verschiedenen Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis soll den fortlaufenden Wandel der Nosologie besonders dieser Erkrankungsgruppe in der untersuchten Zeit veranschaulichen.

6.1. Erschöpfungszustände

Als erstes erläutert sei der Tod durch „Erschöpfung“: Wie in den einzelnen Jahren beschrieben, fand sich ab dem Jahr 1915 plötzlich diese als „Erschöpfung“ umschriebene Todesursache. In den Jahren 1915 und 1916 war sie die häufigste Todesursache und traf erstaunlich junge Personen (Durchschnittsalter 1915 40 Jahre, 1916 knapp 47 Jahre). 1916 schrieb dann der Klinikdirektor Dr. Snell explizit in den Jahresbericht, dass die Erschöpfung durch den Hunger ausgelöst wurde und besonders „*Paralytiker, Katatoniker*

und durch langwierige Aufregungszustände geschwächte“³⁷⁶ Kranke traf. In dem schon zuvor zitierten Artikel des Oberarztes Dr. Becker werden die Folgen der Mangelernährung auch explizit *„die Erscheinungen, unter denen diese Kranken sich zu erschöpfen pflegten und die Mortalitätsziffer im Frühjahr 1917 so ungewöhnlich emporschnellen liessen“*³⁷⁷, genannt.

Ab 1927 wurden den weiterhin häufigen Fällen der „Erschöpfung“ weitere Erläuterungen zugeschrieben: So heißt es nun *„Erschöpfung bei Epilepsie“*, oder *„...bei Schrumpfnieren und Perikarditis“*, *„...bei Darm-Tuberkulose“*, aber auch *„...bei Geisteskrankheit“* – eine Umschreibung, die mehr Fragen aufwirft als beantwortet. Vereinzelt findet sich auch die Formulierung „Entkräftung“, die (da auch zum Tod führend) synonym gewertet werden könnte.

Weiterhin findet sich die Todesursache „Herzlähmung“ und „Herzschwäche“. Auch hier ist davon auszugehen, dass es sich um ein Synonym handelt. Zwar tritt sie schon ab 1912 als Todesursache auf (trifft da nur zwei Patientinnen mit 50 und 57 Jahren) und wird 1913 gar nicht aufgeführt. Ab 1914 erscheint sie dann wieder und trifft 4 Verstorbene (mit 23, 44 und 49 Jahren, ein Alter bleibt unbekannt). Diese Betroffenen litten an „periodischem Irresein“, „akuter halluzinöser Verwirrtheit“ und „Hebephrenie“. „Hebephrenie“ ist aus heutiger Sicht als einzige am ehesten dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen. Die anderen beiden Diagnosen scheinen weniger klar zuzuordnende psychotische Zustände zu beschreiben. Der Fall der Patientin mit akuter halluzinöser Verwirrtheit war, wie im Kapitel zur Auswertung des Jahres 1914 schon ausführlich beschrieben, wohl nicht hungerassoziierter, sondern multifaktorieller Genese (durch den Kriegsbeginn, vorausgegangenen Kopfsturz, Schilddrüsenerkrankung, Menopause bei Kinderlosigkeit und womöglich unerfüllt gebliebenem Kinderwunsch).³⁷⁸ Bei der Patientin mit „periodischem Irresein“ wird die „Herzlähmung“ noch *„infolge Inanition“*³⁷⁹ beschrieben. Dieser Begriff wird in der zeitgenössischen Terminologie als Zustand *„durch unzureichende Nahrungsaufnahme bedingt“*³⁸⁰ oder auch expliziter als „chronische

³⁷⁶ VKW 52 (1918), S. 467.

³⁷⁷ Becker: Die Wirkung des Krieges. 1920, S. 6, 7.

³⁷⁸ Vgl. Becker: Kriegspsychosen. 1914/1915, S. 297.

³⁷⁹ Sektionsbuch 1, Todesdatum 28.04.1914, Gerlach, Margarete und zugehörige Akte, LWV Bestand K15, Herborn Abgänge 1914, weiblich.

³⁸⁰ Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 207

Unterernährung“³⁸¹ umschrieben. Es zeigt sich hier also auch zumindest in einem Fall explizit der Hinweis darauf, dass diese Todesursache eine Folge des Hungers ist.

1915 und 1916 trafen die „Herzlähmung“ und die „Herzschwäche“ je 6 Verstorbene. Das Durchschnittsalter betrug 1915 knapp 50 Jahre (wobei die Jüngste nur 24 Jahre alt war und der Älteste 73) und 1916 durchschnittlich 55 Jahre. Ab 1927 tritt dann die Todesursache „Herztod“ auf, bei der auch ungeklärt bleibt, ob sie sich in die Reihe der vorigen Tode durch „Komplikationen mit dem Herzen“ einreihen ließe. Jedenfalls erliegen hier sogar 7 Personen dem „Herztod“, während der einzige Fall der „Herzschwäche“ begleitet von einer „Pneumonie bei progressiver Paralyse“ auftrat. In diesem Fall sind also mit der Pneumonie und der „progressiven Paralyse“ zwei organische Erkrankungen aufgeführt, die selbstständig zum Tod geführt haben könnten. Die „Herzschwäche“ scheint hier nur die Beschreibung des letzten ausgefallenen, letztlich durch Versagen zum Tode führenden Organs zu sein.

Die beiden 1928 an „Herzschwäche“ Verstorbenen erlagen einer *„Herzschwäche bei Geisteskrankheit“* und einer *„Herzschwäche bei Erschöpfung bei Geisteskrankheit“* – beides sehr unspezifische Umschreibungen, die wenig Rückschluss auf den Todeshergang zulassen, zumal der Patient im ersteren Fall an einer paranoiden Schizophrenie litt und gerade einmal 34 Jahre alt war.

Im Jahr 1929 verstarben sogar insgesamt 8 Personen an „Herzlähmung“ und „Herzschwäche“. In diesem Jahr scheint es jedoch im Zuge anderer Erkrankungen hierzu zu kommen, beispielsweise *„...bei Arteriosklerose“* oder *„...hervorgerufen durch Entzündung der Mundhöhle“*. Wie in der Auswertung dieses Jahres schon erläutert (siehe Kapitel Sektionen im Jahr 1929), deuten diese Umschreibungen, gerade im Vergleich mit dem Vorjahr, auf Vermutungen des Benennenden bzgl. möglicher zum Tode führender Pathomechanismen hin.³⁸² Auch 1930 kam es zu drei solcher Fälle (unter anderem *„Herzlähmung bei fortgeschrittener Arterienverkalkung“*, *„Herzschwäche bei Arteriosklerose und Asthma“*) und einem, der mit *„Herzschwäche und Erschöpfung bei Geisteskrankheit“* wieder besonders allgemein umschrieben ist.

³⁸¹ Vgl. Schmidt, Ad.: Unterernährung, Magerkeit und krankhafte Abmagerung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 14, 5. April 1917, 43. Jahrgang, Leipzig, S. 417-420, hier S. 417.

³⁸² Die Anwendung der heutigen medizinischen Lehrmeinung würde, wie zuvor schon beschrieben, an einen Tod durch Myokardinfarkt oder Endokarditis lenta denken lassen.

Es könnte auch sein, dass zumindest ein Anteil der an „Herzschwäche“ etc. Verstorbenen eigentlich an den Folgen des kriegsbedingten Hungerns gestorben ist. Ein Hinweis darauf bietet die Aufarbeitung anderer Kliniken, explizit der Langenhorner Klinik in Hamburg: Hier sei es, wie von Heinz Faulstich aufgearbeitet, gängiger usus gewesen, bei Verhungerten „Tod durch Herzschwäche“ zu vermerken. Diese Vorgehensweise formulierte der damalige Direktor der Anstalt, Prof. Neuberger, bezüglich der Kriegsjahre des 1. Weltkriegs folgendermaßen:

„Weiter treten bei älteren Pfleglingen [...] oft die Erscheinungen des sogenannten Kriegsoedems auf. Die Kranken zeigen fahle Gesichtsfarbe bei leicht gedunsenem Aussehen und oedematöse Schwellung an den Beinen [...] ohne daß Erkrankungen des Herzen oder der Nieren nachzuweisen wären. Bei derartigen Fällen, die hier als durch Unterernährung bedingt aufgefaßt werden, haben wir als Todesursache Herzschwäche angegeben.“³⁸³

Explizite Hinweise darauf, dass auf diese Weise auch während der Kriegsjahre in der HPA Herborn vorgegangen wurde, gibt es zwar nicht – allerdings tritt diese Todesursache erstmals in den Kriegsjahren und dann auch signifikant gehäuft auf. Zudem erinnert die Beschreibung Prof. Neubergers doch sehr an die Ausführungen Dr. Snells und Dr. Beckers: Auch in ihren Berichten wurde der Hunger als häufige Todesursache beschrieben, begleitet von ödematösen Schwellungen und benannt als allgemein gehaltene Todesursache (einmal „Herzschwäche“, das andere mal „Erschöpfung“).

Im Hinblick sowohl auf den Tod durch Erschöpfung als auch auf den durch „Herzschwäche“ oder „Herzlähmung“ lässt die Auswertung der Jahre verschiedene Schlüsse zu:

Diese Umschreibungen können kaum als eigenständige somatische Todesursache gewertet werden. Einerseits scheint sich hinter einigen Fällen beider Umschreibungen eigentlich der Tod durch Verhungern zu verbergen, andererseits ist in anderen Fällen einfach der „Herzstillstand“ bzw. der „Kräfteschwund“ *durch* eine andere Erkrankung beschrieben.

³⁸³ Vgl. Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949. 1998, S. 47. Es wird jedoch an dieser Stelle kein Grund für diese Vorgehensweise genannt.

Dies erinnert sehr an die Totenpapiere, die heutzutage nach Versterben einer Person durch den behandelnden Arzt ausgefüllt werden: Hier muss zunächst die „unmittelbar zum Tode führende Krankheit“ eingetragen werden und in die folgenden Spalten „als Folge von...“ und in die nächste Spalte „bei folgendem Grundleiden...“. So kommen dann zum Beispiel Formulierungen zustande wie:

respiratorisches Versagen

bei Pneumonie

nach Hirninfarkt.

Diese Formulierung könnte also beschreiben, dass eine Person wegen eines Schlaganfalls in die Klinik kam, daraufhin im Rahmen einer (hierdurch häufig verursachten) Schluckstörung eine Pneumonie entwickelt hat, die dazu führte, dass die Atmung insuffizient wurde und letztlich dadurch der Tod einsetzte. Der oder die Verstorbene ist dann natürlich unmittelbar an dem respiratorischen Versagen gestorben – die Krankheit, die aber den Tod „eingeleitet“ hat, ist zunächst der Schlaganfall oder zumindest letztlich die Pneumonie.

Dieses Beispiel soll verdeutlichen, wie schwierig es unter Umständen sein kann, eine einzige Todesursache aus den Quellen zu ermitteln. Es können lediglich durch die weiteren Notizen oder Stellungnahmen vorsichtige Schlüsse auf den tatsächlichen Todeshergang gezogen werden.

Zudem kann zumindest bei der Todesursache der „Erschöpfung“ eine zweizeitige Bedeutung vermutet werden: Während der Kriegsjahre scheint hiermit der Tod durch Hunger umschrieben worden zu sein, im 2. untersuchten Abschnitt wird diese Formulierung allgemeiner gefasst, nicht mehr hungerassoziiert verwendet und mit zusätzlichen Umschreibungen spezifiziert.

6.2. Der Tod durch und die Diagnose der Syphilis

Im Zuge der Auswertungen fielen verschiedene Diagnosen und Todesursachen auf, deren Bedeutung dem heutigen Mediziner womöglich unbekannt sind. Unter diesen fand sich z.B. die sehr häufige Diagnose der „Dementia paralytica“, deren Bedeutung schon im Kapitel zur Auswertung des Jahres 1911 aufgeführt wurde. Zur Erläuterung der weiteren in den vorangegangenen Kapiteln erwähnten Syphilisformen lohnt sich ein genauerer Blick auf diese Erkrankung, ihre Geschichte und den Forschungsstand Anfang des 20.

Jahrhunderts. Die aussagekräftigsten Anhaltspunkte bietet hier die zeitgenössische Fachliteratur und besonders die 1913 erschienene Schrift mit dem Titel *Die Syphilis des Gehirns und ihre Abart: die progressive Paralyse der Irren*, welche vom Herborner Oberarzt Dr. Becker verfasst wurde, während er noch in Weilmünster als psychiatrischer Oberarzt tätig war. Gerade hierdurch lässt sich ein direkter Schluss darauf ziehen, welches Fachwissen die Ärzte in der HPA Herborn bzgl. dieses Krankheitsbildes hatten.

6.2.1. Der Krankheitsverlauf der Syphilis nach heutigem Wissen

Die Umschreibung des Krankheitsverlaufs einer Syphilisinfektion nach heutigem Wissen soll verdeutlichen, durch welchen heutigen Wissensstand die historische Betrachtung dieser Erkrankung beeinflusst war. Im Verlauf soll selbstverständlich noch durch Erläuterung des Wissenschaftsstandes der untersuchten Zeit der historische Rahmen beschrieben werden.

Typischerweise beginnt die durch das Bakterium *Treponema pallidum* verursachte und meist durch Geschlechtsverkehr oder Blut übertragene Syphilisinfektion (bei der *Lues connata* auch vertikal von einer infizierten Mutter auf ihr Kind während der Schwangerschaft oder bei der Geburt)³⁸⁴ nach heutigem Wissensstand nach einer etwa 2-4 wöchigen Inkubationszeit zunächst mit einer meist schmerzlosen, im Verlauf ulzerierenden, hochinfektiösen Papel (*ulcus durum* oder auch *harter Schanker*) am Infektionsort, welche nach etwa einer weiteren Woche durch lokale Lymphknotenschwellungen (sog. *Bubo*) begleitet wird. Dies wird *Primäreffekt* oder Primärstadium genannt und heilt ohne Therapie nach wenigen Wochen narbig ab.³⁸⁵ Aufgrund der häufigsten Übertragung durch Geschlechtsverkehr und der initialen Manifestation am Geschlechtsorgan gilt die Syphilis als Geschlechtskrankheit. Sobald es nach etwa 3-4 weiteren Wochen zu einer hämatogenen und lymphogenen Aussaat des Erregers kommt (Sekundärstadium), führt dies meist zu einer Polyadenopathie, begleitet durch ein makulöses Exanthem am Rumpf, den Beugeseiten der Extremitäten, Handflächen und Fußsohlen. Dieses ist ebenfalls kontagiös und klingt nach 2-3 Wochen auch ohne Behandlung ab.³⁸⁶ Weiterhin kann es im Sekundärstadium auch zu einer

³⁸⁴ Vgl. Morse, Stephen; Moreland, Adele; Holmes, King: Sexually Transmitted Diseases and AIDS. London, 1996, S. 22.

³⁸⁵ Die Kombination von *Ulcus durum* und Lymphknotenschwellung wird *Primärkomplex* genannt. Vgl. Moll: Dermatologie. 2016, S. 287.

³⁸⁶ Vgl. Hof, Herbert; Dörries, Rüdiger: Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart, 2014, S. 431.

luetischen Meningitis kommen.³⁸⁷ Nach etwa 3-15 Jahren beginnt dann das nicht mehr infektiöse Tertiärstadium.³⁸⁸ Hierbei finden an jeglichen Organen des Körpers Entzündungsreaktionen statt. Dies führt zu schmerzlosen, ulzerierenden Granulomen auf der Haut (*serpiginöses Syphilid*), subkutan und in den inneren Organen zu *Gummata* (oder Gummern) und zu starken Gewebedestruktionen, z.B. der *Mesaortitis luetica* (oder *Arteriitis syphilitica*), deren gefährlichste Komplikation eine Aortenruptur darstellt.³⁸⁹ Weiterhin ist im Tertiärstadium eine Beteiligung des Zentralnervensystems möglich, welche je nach Ausprägung fortschreitende psychische Symptome, dementielle Syndrome und (teilweise schmerzhafte) Lähmungen auslösen kann.³⁹⁰

6.2.2. Geschichtlicher Hintergrund der Syphilis

Seit spätestens Ende des 15. Jahrhunderts war die Syphilis wahrscheinlich eine immer wieder auftretende und weit verbreitete Krankheit, welche über Jahrzehnte hinweg einen festen Platz im medizinischen Diskurs innehatte. Da die ersten Beschreibungen etwa in die Zeit der Eroberung Amerikas fallen, wurde hier lange ihre Ursache vermutet: Die Syphilis galt als eine der wenigen Krankheiten, die durch die amerikanische Bevölkerung auf die Europäer übertragen wurde und nicht (wie z.B. bei den Pocken und

³⁸⁷ Vgl. Möller; Laux; Deister: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart, 2013, S. 237.

³⁸⁸ Vgl. Moll, Ingrid: Dermatologie. Stuttgart, 2016, S. 289. In der Fachliteratur unterscheiden sich teilweise die Unterteilungen der Stadien: An mancher Stelle werden progressive Paralyse und Tabes dorsalis aufgrund ihrer sehr langen Latenzzeit einem Quartärstadium zugeordnet. Vgl. Möller; Laux; Deister: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2013, S. 238.

³⁸⁹ Vgl. Hof; Dörries: Medizinische Mikrobiologie. 2014, S. 432.

³⁹⁰ Hierbei wird heutzutage unterschieden: 1. Die Meningovaskuläre Neurosyphilis (Syphilis cerebrospinalis) mit meningitischer (mit Kopfschmerzen, Hirnnervenläsionen, Optikusschädigung und selten Hydrozephalus) und vaskulärer Variante (mit Paresen, Gesichtsfeldausfällen, Hirnstammläsionen, Schwindel, Hörverlust, spinalen Syndromen, symptomatischer Epilepsie und hirnorganischen Psychosyndromen) aufgrund obliterierender Endarteriitiden der mittelgroßen Gefäße der Hirnbasis. 2. Die Tabische Neurosyphilis (Tabes dorsalis) bei der es zu einer chronisch progredienten dorsalen Radikuloganglionitis kommt. Dadurch bedingt zeigt sich ein Reflexverlust an den unteren Extremitäten, Pallanästhesie, reflektorische Pupillenstarre, eine Gangataxie und Optikusschädigung). Die Betroffenen leiden bei dieser Form unter starken Neuralgien. 3. Die Paralytische Neurosyphilis (progressive Paralyse; Dementia paralytica; engl. general paresis) ist eine chronisch progrediente Enzephalitis. Sie beginnt meist zunächst mit pseudoneurasthenischen Symptomen. Erst im Verlauf kommt es zu kognitiven Defiziten, Kritik- und Urteilsschwäche, Psychosen, Sprechstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Pupillenstarre, Zungentremor, „mimisches Beben“, epileptischen Anfällen, Reflexanomalien, einer schweren Demenz, Harn- und Stuhlinkontinenz, sowie Marasmus. 4. Die syphilitischen Gummern sind Tumore, die durch granulomatöse Veränderungen meist subkortikal in den Hemisphären entstehen und je nach Lokalisation eine typische Herdsymptomatik hervorrufen. Vgl. Leitlinien der DGN, Neurosyphilis. Einzusehen unter: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/030-101l_S1_Neurosyphilis_2012-verlaengert.pdf (Stand: 03.07.2020) und vgl. Möller; Laux; Deister: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2013, S. 238.

den Masern) anders herum.³⁹¹ Während die Syphilis nach der ersten dokumentierten Seuche 1495 in Neapel angeblich einen akuten Verlauf hatte³⁹², bestand die Annahme, dass sie sich zum 18. und 19. Jahrhundert hin zu einer chronischen Erkrankung hin veränderte, deren Verschlechterung sich über Jahrzehnte hin entwickeln konnte.³⁹³ Diese Annahme wurde einerseits durch eine möglicherweise abnehmende Virulenz des Erregers und andererseits eine über die Generationen erworbene, verbesserte Immunkompetenz der Erkrankten begründet.³⁹⁴

Die erste Erwähnung, die möglicherweise erstmals auf eine „progressiven Paralyse“ hinweisen sollte, findet sich in der 1672 publizierte Schrift *De anima brutorum* des englischen Arztes Thomas Willis (1621-1675).³⁹⁵ Der Begriff der „*démence paralytique*“ wurde aber erstmals 1825 von dem französischen Neuropathologen Antoine Laurent Jessé Bayle (1799-1858) geprägt.³⁹⁶ Die diese Krankheit betreffende Symptomatik mit Lähmungen und einer dementiellen Entwicklung war, im Gegensatz zur bisher bekannten Ausbreitung der Syphilis auf der Haut der Betroffenen, neuartig und wurde daher zunächst nicht mit dieser in Verbindung gebracht.³⁹⁷ Erst 1857 wurde durch den

³⁹¹ Vgl. Hoffmann, E.: Organismen und Umwelt. Amerikanische Herkunft der tropischen Framboesie und Syphilis. Dresden/Leipzig, 1939, S. 232, 233.

³⁹² Vgl. Blaschko, Alfred: Prostitution und venerische Krankheiten. Hygiene der Prostitution und der venerischen Krankheiten, Handbuch der Hygiene, Band 10, Jena, 1900, S. 35 sowie vgl. Binswanger, Otto; Siemerling, Ernst: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage, Jena, 1911, S. 43. Kürzlich wurde jedoch seitens einer Gruppe von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen des Max-Planck-Instituts für Menschheitsgeschichte in Jena die paläopathologische Theorie aufgestellt, die ersten dokumentierten Seuchen, die der Syphilis zugeschrieben werden, könnten eigentlich durch die verwandte Frambösie ausgelöst worden sein. Vgl. Giffin, Karen; Lancapalli, Aditya Kumar; Sabin, Susanna et al.: A treponemal genome from an historic plague victim supports a recent emergence of yaws and its presence in 15th century Europe. Scientific Reports 10, 11. Juni 2020.

³⁹³ Vgl. Winkle, Stefan: Kulturgeschichte der Seuchen. Düsseldorf/Zürich, 1997, S. 586.

³⁹⁴ Gerade auf letztere weist die Tatsache hin, dass sich bei Immunsupprimierten auch heutzutage noch foudroyante Verläufe finden lassen, welche *Lues maligna* genannt werden. Vgl. Moll: Dermatologie. 2016, S. 286.

³⁹⁵ Vgl. Willis, Thomas: De Anima Brutorum Quae Hominis Vitalis ac Sensitiva est. London, MDCLXXII, S. 397, beschrieben wird dieser Zusammenhang in v. Krafft-Ebing, Richard: Die allgemeine Progressive Paralyse. Wien, 1894, S. 1.

³⁹⁶ Bayle erläutert in seiner Dissertation mehrere Fallberichte, u.a. den Fall des geistigen und körperlichen Verfalls eines 56-jährigen Priesters, der Symptome einer „*démence semi-paralytique*“ gezeigt habe und bei dem sich nach Obduktion eine „*Arachnitis chronique*“ (also eine chronische Hirnhautentzündung) feststellen ließ. Vgl. Bayle, Antoine Laurent Jessé: Recherches sur les maladies mentales. Paris, 1822, S. 35-42.

³⁹⁷ Vgl. Binswanger; Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. S. 364 „Es lassen sich verschiedene Hypothesen unterscheiden. Die eine sieht in der Paralyse eine Spätform der Syphilis, eine tertiär-syphilitische Organerkrankung wie das Gumma. Diese insbesondere von HIRSCHL vertretene Ansicht, die in den Befunden von STRAUB (spezifische Aortitis proliferans [...]) eine Stütze finden könnte, hat, angesichts der von dem spezifisch syphilitischen durchaus abweichenden anatomischen Befunde bei Paralyse, keinen Anklang finden können.“

deutschen Chirurgen Friedrich von Esmarch (1823-1908) und den Psychiater Peter Willers Jessen (1793-1875) vermutet, dass das klinische Bild der „*progressiven Paralyse*“ wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs sei.³⁹⁸ Diese Verknüpfung mit der Grunderkrankung einer Syphilis wurde für die *Tabes dorsalis*, der mit Lähmungen einhergehenden „*Rückenmarksschwindsucht*“³⁹⁹, sogar erst im Jahr 1882 durch Jean Alfred Tournier in Paris angegeben.⁴⁰⁰ Als gesichert galt diese Vermutung jedoch noch nicht,⁴⁰¹ auch wenn sie im fachlichen Diskurs immer mehr auf Bestätigung stieß.⁴⁰² Wie viele seiner Zeitgenossen bezweifelte z.B. aber auch Rudolf Virchow (1821-1902) diese Zusammenhänge noch explizit bis 1898.⁴⁰³

³⁹⁸ Vgl. v. Esmarch, Friedrich; Jessen, Peter Willers: Syphilis und Geistesstörung. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 14, Heft 1, Berlin, 1857, S. 20-36.

³⁹⁹ Vgl. Becker, Werner: Die Syphilis des Gehirns und ihre Abart: die progressive Paralyse der Irren. Krankheitsbild, Vorbeugungsmaßregeln und Behandlungsweise. Berlin, S. 12.

⁴⁰⁰ Vgl. Winkle: Kulturgeschichte der Seuchen. 1997, S. 587. Als Syndrom beschrieben wurde die *Tabes dorsalis* im deutschen Sprachraum aber schon 1851 durch den deutschen Internisten und Neurologen Moritz Heinrich Romberg (1795-1873) und in Frankreich 1858 durch den Neurologen Guillaume-Benjamin Duchenne (1806-1875). Diesbezüglich erwähnt später der deutsche Neurologe Wilhelm Erb (1840 -1921), wohl etwas schadenfroh, Duchenne habe die *Tabes* in Unkenntnis Rombergs schon zuvor erschienener Abhandlung als seine neue Entdeckung mit dem Namen „*Ataxie locomotrice progressive*“ versehen und ihren ursächlichen Sitz fälschlicherweise im Kleinhirn vermutet. „*Sie war schon längst keine neue Krankheit mehr; Duchenne hat offenbar die Ataxie „wieder entdeckt“.*“ Hier liest sich auch auf wissenschaftlicher Ebene im Vorjahr des Ersten Weltkrieges eine latente Konkurrenz zu Frankreich heraus. Vgl. Erb, Wilhelm: „*Tabes*“. Rückschauende und nachdenkliche Betrachtungen. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 47. und 48. Band, Leipzig, 1913, S. 74-101, hier S. 76.

⁴⁰¹ Immer wieder zeichnet sich im fachlichen Diskurs die Uneinigkeit über den syphilitischen Ursprung einzelner Erkrankungen ab: „*Dank den Bestrebungen einer ganzen Reihe von Autoren [...], ist es gelungen, einige von den syphilitischen Erkrankungsformen des Nervensystems als selbstständige auszuscheiden und sie mehr oder weniger gut klinisch und pathologisch-anatomisch zu skizzieren. [...] Wie weit die Ansichten der Autoren über die syphilitischen Affektionen des Nervensystems noch auseinandergehen, beweist unter anderem der Umstand, dass sogar eine solche, allem Anschein nach gut studierte (sic) Krankheitsform, wie die Tabes dorsalis noch Gegenstand der Controverse bildet, und bekanntlich von einigen Autoren als eine Affection syphilitischen Charakters hingestellt wird.*“ Vgl. Bechterew, W. v.: Ueber die syphilitische disseminierte (sic), cerebrospinale Sklerose nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration der Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Haubenbündels und der Schleifenschicht. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 28, Berlin, 1896, S. 742-772, hier S. 742.

⁴⁰² Erb betont in einem Aufsatz in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde 1902, dass diese histopathologisch der Syphilis unähnlichen sklerotischen Veränderungen der Hinterstränge des Rückenmarks bei der *Tabes dorsalis* von der Syphilis abgeleitet werden sollten, auch, weil sie fast ausschließlich nach einer Syphilisinfection auftraten. Vgl. Erb, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen (1864-1910). 1. Band, Leipzig, 1910, S. 636

⁴⁰³ Vgl. Pfeiffer, Jürgen: Hirnforschung in Deutschland 1849 bis 1974. Briefe zur Entwicklung von Psychiatrie und Neurowissenschaften sowie zum Einfluss des politischen Umfelds auf Wissenschaftler. Berlin, 2004, S. 54. Hier wird auch eine Reaktion Erbs von Juli 1898 auf Virchows Zweifel aus einem Brief an den deutschen Internisten Adolf v. Strümpell (1853-1925) zitiert: „*Sehr bedauerlich ist mir, dass Virchow neulich solch einfältigen Quatsch an der Sache geredet hat; die Ätiologie auf statistischem Wege bearbeiten, soll nicht wissenschaftlich sein! Ei, Ei! Ist es etwa wissenschaftlicher, bis zur Stupidität Corpora amylacea auf Rück. M. Querschnitten zu zählen, wovon er viel zu halten scheint?*“

Zu der Vermutung einer gemeinsamen syphilitischen Ursache von progressiver Paralyse, Hirngummen und Tabes dorsalis war es dadurch gekommen, dass ihnen oft (zumindest anamnestisch) eine Syphilisinfection mit z.B. einem harten Schanker vorausgegangen war. Weiterhin hatten sich vergleichbare Ergebnisse der Liquor- und Serumuntersuchungen bei an Lues, progressiver Paralyse und an Tabes dorsalis Erkrankten nachweisen lassen. Bekräftigend wirkten auch frustrane und ethisch sehr fragliche Versuche, an progressiver Paralyse Leidende mit syphilitischem Material zu infizieren, um eine Syphilis auszulösen.⁴⁰⁴ Jedoch konnten sich Betroffene oft nicht mehr an die womöglich Jahrzehnte zurückliegende Syphilis-Infektion erinnern (auch weil eine solche ohne Therapie vermeintlich abzuheilen schien) oder stritten sie, wahrscheinlich nicht zuletzt auch aus Angst vor einer Stigmatisierung, ab. Im medizinischen Diskurs entwickelte sich bezüglich des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Syphilisinfection und progressiver Paralyse schließlich die „Lues-Paralyse-Frage“, die immer wieder sowohl auf klinischer als auch auf serologischer und anatomischer Ebene überprüft wurde.⁴⁰⁵ Diesen verschiedenen Erkrankungen aber eine gemeinsame Genese zuzusichern, war besonders dadurch erschwert, dass lange kein Erreger nachgewiesen werden konnte. Hierzu äußerte sich der deutsche Neurologe Wilhelm Erb 1902 folgendermaßen:

Ein „*eigentliches spezifisches Kriterium, welches sie [die syphilitischen Symptome L.F.] mit Sicherheit als syphilitisch anzusprechen gestatten würde, fehlt! Es gibt noch keinen Syphilisbazillus, keine absolut charakteristischen Zell- und Gewebsformen, keine bestimmten Färbungsreaktionen usw.*!“⁴⁰⁶

1905 entdeckte endlich der deutsche Zoologe Fritz Schaudinn (1871-1906) gemeinsam mit dem Venerologen und Syphilis-Spezialisten Erich Hoffmann (1868-1959) das Bakterium *Treponema pallidum*.⁴⁰⁷ Diese in frischem Gewebssaft einer syphilitischen

⁴⁰⁴ Vgl. Oppenheim, Hermann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Zweiter Band, Berlin, 1913, S. 1288.

⁴⁰⁵ Vgl. Plaut, Felix; Fischer, Oskar: Die Lues-Paralyse-Frage. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Berlin, 1909, S. 340-414.

⁴⁰⁶ Erb, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. 1910, S. 636.

⁴⁰⁷ Vgl. Schaudinn, Fritz; Hoffmann, Erich: Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Berlin, 1905, S. 135-139. Der Erregernachweis war besonders dadurch erschwert, dass sich *Treponema pallidum* nicht auf Nährböden oder in Zellkulturen anzüchten lässt, sondern nur auf lebenden Organen – vorzugsweise Kaninchenhoden. Vgl. Sowade, H.: Die Kultur der *Spirochaete pallida* und ihre experimentelle Verwertung. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 114, Wien und Leipzig, 1913, S. 247-305 und vgl. Hoffmann, W. H.: Die Uebertragung der Syphilis auf Kaninchen mittels reingezüchteter Spirochäten vom Menschen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 34, 24, Leipzig, August 1911, S. 1546-1547, hier S. 1547. Ihr langsamer Teilungszyklus beträgt zudem etwa 30 Stunden. Vgl. Moll: Dermatologie. 2016, S. 287.

Papel nachgewiesenen Bakterien wurden zunächst *Spirochaeta pallida* genannt⁴⁰⁸, bevor sich herausstellte, dass es sich hierbei um die schon bekannte Gattung der Treponemen handelte.⁴⁰⁹

1906 entwickelte der deutsche Bakteriologe August von Wassermann (1866-1925) gemeinsam mit dem Dermatologen Albert Neisser (1855-1916) und Carl Bauck einen Test, der eine Syphilisinfection im Blutserum und Liquor nachwies.⁴¹⁰ Der fortan als *Wassermann-Reaktion* bekannt gewordene Test führte zu einer Reaktion von Antikörpern mit dem aus Rinderherzen gewonnenen Cardiolipin und revolutionierte die Syphilis-Diagnostik nachhaltig.⁴¹¹ Es kam jedoch zu gehäuft falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen.⁴¹²

Nachdem der Erreger entdeckt worden war, begann auch der deutsche Arzt und Forscher Paul Ehrlich (1854-1915) sich gemeinsam mit seinem japanischen Assistenten Saharicho Hata (1873-1938) mit dem Erreger zu befassen und entwickelte das Diaminodihydroxy-Arsenobenzol „Salvarsan“ (salvus = gesund; Arsen), ein vermeintlich untoxisch gemachtes Arsen-Präparat.⁴¹³ Arsen hatte zuvor schon zufriedenstellende Dienste im Kampf gegen

⁴⁰⁸ Vgl. Fleck, Ludwig: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Theorie. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv (1935). Frankfurt am Main, 2012, S. 25.

⁴⁰⁹ Vgl. Sauerteig, Lutz: Medizin und Moral in der Syphilisbekämpfung. In: Jütte, Robert: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Band 19, Berichtsjahr 2000, Stuttgart, 2001, S. 55-70, hier S. 63. „Pallida“, da sich die Bakterien nur „blass“ anfärben ließen. Schon im Jahr nach seiner Entdeckung aber verstarb Schaudinn an einer Sepsis nach einer Sektion. Vgl. Winkle: Kulturgeschichte der Seuchen. 1997, S. 596.

⁴¹⁰ Vgl. v. Wassermann, August; Neisser, Albert; Bruck, Carl: Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. 32. Jg., Nr. 48, Leipzig, 1906, S. 745-746. Auf S. 745 ergibt sich ein kurzer Einblick in diese aufwändige Arbeit: „Behandelt man Affen mit Blut von sekundär syphilitischen Menschen oder mit Extrakten aus primär-syphilitischen Bubonen und von Condylomata lata oder mit Extrakten aus Organen und Knochenmark hereditär-syphilitischer Kinder und Foeten oder mit Organ- und Knochenmarkextrakten von Affen vor, die 7-8 Wochen nach positiver Impfung getötet wurden, und mischt man diese Sera mit Extrakten aus den Organen hereditär-syphilitischer Kinder und Foeten oder mit den Extrakten aus der Placenta sekundär-syphilitischer Mütter oder mit Extrakten aus Primäraffekten und Condylomata lata oder mit den Organ- und Knochenmarkextrakten von Affen sieben bis acht Wochen nach positiver Impfung, so tritt Hemmung der Hämolyse ein, ein Beweis, daß 1. in dem hergestellten Affenimmenserum Antikörper gegen spezifisch syphilitische Substanzen und 2. in den untersuchten Extrakten diese syphilitische Stoffe selbst sich befinden.“

⁴¹¹ Vgl. Häner, Flavio; Kessler, Michael: Lust, Leid & Wissen. Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie. Pharmazie-Historisches Museum Basel, 2008, S. 43.

⁴¹² Vgl. Fleck: Entwicklung einer wissenschaftlichen Theorie (1935). 2012, S. 72, 96 und vgl. Hübner: Zur Lehre von den syphiligen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, 23. und 24. April 1909. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 11, Halle a.S., 1909/1910, S. 77-78.

⁴¹³ Vgl. Ehrlich, Paul; Bertheim, Alfred: Über das salzsaure 3.3-Diamino-4.4-dioxy-arsenobenzol und seine nächsten Verwandten. In: Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft. Band 45, Nr. 1, 1912, S. 756-766. Ehrlich begründete das Konzept der „*Therapia sterilisans magna*“ als einen „Akt der Sterilisierung mit einem Schlage“, also der Heilung nach einmaliger Gabe einer hohen Dosis eines krankheitsspezifischen

die durch Trypanosomen ausgelöste Schlafkrankheit geleistet⁴¹⁴ und konnte ab 1910 auch bei Syphilis-Infektionen angewendet werden.⁴¹⁵ Es ergänzte die bislang verbreitete Therapie der Syphilis mit Quecksilber und Jod.⁴¹⁶ So vielversprechend das neue Medikament zunächst angepriesen wurde,⁴¹⁷ so schnell zeigten sich ernüchternde Resultate: Zügig wurden Fallberichte zu den Nebenwirkungen des Salvarsans bis hin zu Todesfällen publiziert.⁴¹⁸ Auch Dr. Becker bemängelte in seiner Abhandlung zur Syphilis:

*„Selbst das Salvarsan [...] hat die Hoffnungen, die man bezügl. der Paralysebehandlung auf es gesetzt hatte, nicht erfüllt. Anfangs schien es, als wenn man endlich ein wirksames Mittel gegen diese furchtbare Krankheit gefunden hätte, die allein in Deutschland jährlich ca. 3000 dahinrafft und die Sterbefälle in den Irrenanstalten in unheimlicher Weise in die Höhe schraubt.“*⁴¹⁹

Es blieb jedoch die Frage offen, ob die progressive Paralyse und Tabes dorsalis überhaupt nachweislich mit *Treponema pallidum* in Verbindung stünden, denn bislang war weder

Medikaments. Vgl. Ehrlich, Paul: Allgemeines über Chemotherapie. In: Verhandlungen des Deutschen Kongresses fuer Innere Medizin 27, Wiesbaden, 1910, S. 226-234, S. 229.

⁴¹⁴ Vgl. Ehrlich, Paul: Chemotherapie von Infektionskrankheiten. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Sechster Jahrgang, Nr. 23, 1. Dezember, Jena, 1909, S. 721-733, sowie vgl. ders.: Die Trypanosomen und ihre Bekämpfung. In: 40. Bericht der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft, Frankfurt am Main, 1909, S. 108-111.

⁴¹⁵ Vgl. Ehrlich, Paul: Anwendung und Wirkung von Salvarsan. Vortrag gehalten am 8. Dezember 1910 im ärztlichen Fortbildungskurse in Frankfurt am Main. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 53, Leipzig, 29. Dezember 1910, S. 2437-2438. In der Presse folgten Lobeshymnen auf den neuen Heilstoff. So entstand z.B. in dem Berliner Satireblatt *Ulk* 1910 ein Gedicht mit dem Titel *„Salvarsan: An Götter glaubt kaum mehr ein Kind, Verweht ist ihre Spur, Selbst die im Dienst der Venus sind, Verlachen jetzt – Merkur!“* Firmenarchiv Hoechst: Presseauschnittsammlung, Salvarsan Tageszeitungen. Bd. 2: *Ulk*. Illustriertes Wochenblatt für Humor und Satire 39, Nr. 52, vom 30.12.1910. Zitiert in: Sauerteig: Medizin und Moral in der Syphilisbekämpfung. 2001, S. 64.

⁴¹⁶ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 50, 51.

⁴¹⁷ Vgl. Alt, Konrad: Das neueste Ehrlich-Hatapräparat gegen Syphilis. In: Münchner medizinische Wochenschrift. Band 57, München, 1910, S. 561-564. Hier wird auf S. 564 die Euphorie, explizit von psychiatrischer Seite, deutlich: *„[...] die heutigen Darlegungen [...] dürften Ihnen beweisend sein, dass die moderne Psychiatrie, welche mit Recht die vorbeugende Bekämpfung in den Vordergrund ihres Wirkens stellt, ein grosses Interesse an der Syphilis und deren wirksamer Behandlung hat und dass ich nicht ohne Berechtigung Ihnen berichtete über die geniale neue Heilweise des grossen Forschers Ehrlich [...]. Möge unsere bescheidene Mitarbeit dazu beitragen, der Therapie magna sterilisans des genialen Meisters den Siegeslauf vorzubereiten.“*

⁴¹⁸ Vgl. Finger, Ernst : Die Nebenwirkungen des Salvarsans. In: Wiener medizinische Wochenschrift. Band 62, Wien, 1911, S. 2701–2708 und vgl. Marschálkó, Th. v.; Vaszprémi, D.: Histologische und experimentelle Studien über den Salvarsantod. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 114, Wien und Leipzig, 1913, S.589-610 sowie vgl. Zumbusch, Leo von: Todesfälle nach Salvarsaninjektionen. In: Münchener medizinische Wochenschrift. Band 63, München, 1916, S. 750–753.

⁴¹⁹ Becker: Syphilis. 1913, S. 53, 54. Becker waren also die Auswirkungen der Syphilis auf die psychiatrischen Anstalten durchaus bewusst.

ein spinaler noch cerebraler Erreger-Nachweis gelungen. Verwirrung erzeugte auch die Wassermannsche Reaktion, die nicht bei allen an Syphilis Erkrankten positiv ausfiel.⁴²⁰

Den gemeinhin schon erwarteten Nachweis⁴²¹ von *Treponema pallidum* im Hirn und Rückenmark Verstorbener mit Syphilis fand 1913 endlich der Japaner Noguchi Hideyo (1876-1928), wodurch erstmals den verschiedenen Symptomen inklusive der Spätfolgen der Syphilis eine einheitliche, mikrobiologisch nachgewiesene Grunderkrankung zugeordnet werden konnte.⁴²²

Die nun gängige Therapie mit Arsen, Quecksilber-Präparaten und Jod zeigte jedoch nur Wirkung bei Syphiliserkrankten in den Anfangsstadien und blieb bei *Tabes dorsalis* und progressiver Paralyse unwirksam.⁴²³ Der Wiener Psychiater Julius von Wagner-Jauregg kam schließlich auf die Idee, die Körpertemperatur könne sich auf die Treponemen auswirken:

*„[...] weil ich im Laufe der zahlreichen Behandlungen von Paralytikern, die ich im Laufe der letzten zwölf Jahre durchgeführt habe, wiederholt die Beobachtung machen konnte, daß Fälle, bei denen sich im Laufe der Behandlung irgendeine Infektionskrankheit einstellt, verhältnismäßig häufig besonders vollständige und langdauernde Remissionen darbieten.“*⁴²⁴

⁴²⁰ Vgl. Voß, Hendrik Christian: Die Darstellung der Syphilis in literarischen Werken um 1900. Auswirkung wissenschaftlicher Konzepte und sozialer Ideen. Univ. Diss., Universität Lübeck, 2004, S. 9.

⁴²¹ Vgl. Erb: *Tabes*. 1913, S. 91, 101. Erb geht hier auch kurz vorm erbrachten Erregernachweis schon von einer baldigen Entdeckung aus.

⁴²² Vgl. Noguchi, H.: Studien über den Nachweis der *Spirochaete pallida* im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und der *Tabes dorsalis*. In: *Münchener medizinische Wochenschrift*, 60. Jahrgang, No. 14, München, 8. April 1913, S. 737-739 und vgl. Noguchi, H.; Moore, J. W.: A demonstration of *Treponema pallidum* in the brain in cases of general paralysis. *Journ. Exper. Med.*, Bd. XVII, No. 2, Februar 1913, S. 232-238 und vgl. Moore, J.W.: Über das Vorhandensein des *Treponema pallidum* im Gehirn der progressiven Paralyse. In: *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien*. Band 16, Berlin 1913, S. 227-231. Noguchi schickte Paul Ehrlich ein entsprechendes Hirnpräparat zu, in welchem die Spirochäten sichtbar waren. Dieses wurde daraufhin am 10. Februar 1913 an einem „klinischen Demonstrationsabend“ des Ärztlichen Vereins in Frankfurt am Main durch Ehrlich präsentiert. Vgl. Offizielles Protokoll des Ärztlichen Vereins in Frankfurt a. M. In: *Münchener medizinische Wochenschrift*, 60. Jahrgang, No. 8, München, 25. Februar 1913, S. 443-445. Ehrlich wiederum leitete Erb Photographien dieser Präparate weiter. Vgl. Erb: *Tabes*. 1913, S. 84.

⁴²³ Vgl. Becker: *Syphilis*. 1913, S. 50, 51.

⁴²⁴ Wagner v. Jauregg, Julius: Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. In: *Psychiatrisch neurologische Wochenschrift*, Nr. 21/22, 31. August 1918 und Nr. 39/40, 4. Januar 1918/1919, Halle a. Saale, S. 132-134 und S. 251- 255, hier S. 133. Die Vermutung, dass sich Fieber auf Psychosen positiv auswirken könnte, hatte er schon 1888 in seinem Artikel *Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen* formuliert. Damals schrieb er schon: „[...] so können wir die Thatsache (sic), dass Psychosen durch fieberhafte Erkrankungen geheilt werden, als feststehend annehmen. [...] Es wächst daraus die Aufgabe, nach den Bedingungen zu forschen, von denen das Eintreten der Heilung abhängt und es wird sich die Anzeige ergeben, in denjenigen Fällen, in denen diese Bedingungen zutreffen, künstlich fieberhafte Erkrankungen hervorzurufen. [...] ob die daran geknüpften

Also spritzte er 1917 einem paralytischen Schauspieler Blut eines mit Malaria tertiana Infizierten.⁴²⁵ Dieser steckte sich mit Malaria an (was sich dank Chinin-Präparate wohl ausreichend steuern ließ⁴²⁶) und zeigte gelinderte Symptome seiner progressiven Paralyse.⁴²⁷ Wagner-Jauregg veröffentlichte die Ergebnisse 1918 und erhielt dafür 1927 den Nobelpreis für Physiologie und Medizin.⁴²⁸

Obwohl 1921 Wismut als weiteres Schwermetall mit weniger Nebenwirkungen in der Syphilistherapie zur Anwendung kam und damit das Quecksilber komplett ablöste,⁴²⁹ etablierte sich die Fiebertherapie bis zum Einsatz von Antibiotika in der Syphilistherapie.⁴³⁰

Penicillin wurde erst 1944 zur Therapie für Syphilis und Gonorrhoe eingesetzt, obwohl es schon 1928 durch den schottischen Bakteriologen Alexander Fleming (1881-1955) entdeckt worden war.⁴³¹ Auf die Wirksamkeit gegen Syphilis war man aufmerksam geworden, nachdem die USA in den Zweiten Weltkrieg eingetreten waren und bei der Musterung von 15 Millionen Männern bei 750000 eine positive Serumreaktion auf Syphilis festgestellt worden war. Da die bis dato bekannte Therapie jedoch mehrere Wochen dauerte, suchte man nach einer schnelleren Möglichkeit und griff mit

Erwartungen richtige sind, muss die Zukunft lehren.“ Vgl. Wagner, Julius: Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. In: Jahrbücher für Psychiatrie, Band 7, Leipzig/Wien, 1887, S. 94-131, hier S. 131.

⁴²⁵ Da die Übertragung der Malaria über die Anopheles Mücke schon bekannt war, musste v. Wagner Jauregg während seines Experiments eine ungewollte Weiterverbreitung verhindern: „*Um eine Gefährdung der Umgebung durch ungewollte Übertragung von Malaria zu verhüten, hatte ich in den Gärten, welche um die Klinik herum gelegen sind, zahlreiche Mücken fangen lassen und mich überzeugt, daß nur Culex- und keine Anopheles-Mücken in der Umgebung waren.*“ Wagner v. Jauregg: Über die Einwirkung der Malaria. 1918, S. 133.

⁴²⁶ Vgl. Wagner v. Jauregg: Über die Einwirkung der Malaria. 1918, S. 134.

⁴²⁷ Hier beschreibt v. Wagner Jauregg jedoch, man habe feststellen müssen, „*daß die eingetretenen Besserungen in diesen Fällen vorübergehender Natur waren. Fall 1 [der Schauspieler L.F.] wurde im August an der psychiatrischen Universitätsklinik in Frankfurt a. M. aufgenommen. Laut Bericht war bei ihm ein schwerer Rückfall mit Krampfanfällen und völliger Verwirrtheit und großer Erregung aufgetreten. Zurzeit ist er wieder etwas ruhiger, macht aber einen deutlich blöden Eindruck.*“ Vgl. ebd., S.254. Hier fand also die Aufnahme des Patienten mit akuten Symptomen in die psychiatrische Universitätsklinik in Frankfurt a. M. statt – so wie sich das wahrscheinlich bei einigen der Patienten und Patientinnen der HPA Herborn vor Verlegung zugetragen hat.

⁴²⁸ Vgl. Winkle: Kulturgeschichte der Seuchen. 1997, S. 1242.

⁴²⁹ Vgl. Voß: Syphilis in literarischen Werken. 2004, S. 11.

⁴³⁰ Vgl. Helmchen, Daniel: Syphilis und Progressive Paralyse. In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum, 1999, S. 448.

⁴³¹ Vgl. Fleming, Alexander: On the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae. British Journal of Experimental Pathology 10 (3), 1929, S. 226-236.

überraschendem Erfolg auf das gerade neu entdeckte Penicillin zurück, welches sich auch bei anderen Erkrankungen als wirksam erwiesen hatte.⁴³²

Während Penicillin in den letzten Kriegsjahren und in der ersten Nachkriegszeit nur in den USA und England erhältlich war, fand es um 1950 zunehmend auch in der Bundesrepublik Deutschland Verwendung.⁴³³ Der therapeutische Einsatz des Antibiotikums bedeutete das Ende des Fortschreitens der Syphilis, vor allem bis in die späten, zu psychiatrischen und neurologischen Symptomen führenden Stadien.

6.2.3. Ausprägungsformen

Nun sollen kurz die wichtigsten Charakteristika der Syphilis des zentralen Nervensystems im zeitlichen Kontext des Untersuchungszeitraums (1911-1930) vergleichend dargestellt werden. Becker zählt in seiner Schrift zum Tertiärstadium der Syphilis, neben den befallenen inneren Organen und den Knochen, speziell die „Tabes dorsalis“, die „Lues cerebri“ und die „progressive Paralyse“.⁴³⁴ Üblicherweise wurden diesen Ausprägungsformen in zeitgenössischen Lehrbüchern eigene, nicht einmal aufeinanderfolgende Kapitel zugeordnet.⁴³⁵ Die „Tabes dorsalis“ und die „progressive Paralyse“ galten bis zum letztlichen Spirochätennachweis in Rückenmark und Hirn 1913 beide als „Metasyphilis“⁴³⁶ bzw. „Parasyphilis“⁴³⁷, also eine Folgeerscheinung der Syphilis. Laut dem Sozialhygieniker und Dermatovenerologen Alfred Blaschko (1858-

⁴³² Vgl. Mahoney, J. F.; Arnold, R.C.; Harris, A.: Penicillin Treatment of Early Syphilis. A Preliminary Report. In: American Journal of Public Health and the Nation's Health. Vol. 33, No. 12, Dec. 1943, S. 1387-1891 sowie vgl. Mahoney, J. F.; Arnold, R. C.; Sterner, B. L.: Penicillin Treatment of Early Syphilis: II, In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 63-67 und vgl. Moore, J.E.; Mahoney, J. F., Schwartz, W.: The Treatment of early Syphilis with Penicillin. A preliminary report of 1418 cases. In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 67-73 und Stokes, J. H.; Sternberg, T H., Schwartz, W. H.: The Action Of Penicillin In Late Syphilis Including Neurosyphilis, Benign Late Syphilis And Late Congenital Syphilis: Preliminary Report. In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 73-80.

⁴³³ Vgl. Burckhardt, W.: Die Penicillinbehandlung der Syphilis. In: Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. Vorträge des Fortbildungskurses der dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München vom 23.-28. Juli 1951, Berlin/Heidelberg, 1952, S. 223-232.

⁴³⁴ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 12. Eine seltener auftretende Kombination aus progressiver Paralyse und Tabes dorsalis wurde „*Taboparalyse*“ genannt und beschrieb folglich ein Krankheitsbild, das neben zunehmender Demenz durch starke Lähmungen und Schmerzen charakterisiert war. Vgl. ebd., S. 29.

⁴³⁵ Erb schlug 1913 vor, nach dem Spirochäten-Nachweis Noguchis in Paralytiker-Hirnen, „*dieses grosse Material* [die vielen syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems, L. F.] *in der Darstellung der speziellen Pathologie, in den Lehr- und Handbüchern der inneren Medizin und der Neurologie gesondert als „Syphilis des Nervensystems“ abzuhandeln*“. Erb: Tabes. 1913, S. 99, 100, was Werner Becker ja sogar 1913, wenn auch in kleinerem Rahmen, schon machte.

⁴³⁶ Vgl. Erb: Tabes. 1913, S. 84, 85.

⁴³⁷ Vgl. Blaschko: Prostitution und venerische Krankheiten. 1900, S. 5, 6.

1922) erlagen ca. 11,2% aller Syphilitiker und Syphilitikerinnen einer fortgeschrittenen syphilitischen Erkrankung.⁴³⁸

Lues cerebri:

Als „Lues cerebri“ oder auch „Hirnsyphilis“ wurden syphilitische Veränderungen bezeichnet, die das Gehirn in einer Weise betrafen, wie es auch auf histopathologischer Ebene von anderen Organen bekannt war.⁴³⁹ Hier wurden (je nach beschreibendem) Wissenschaftler verschiedene Ausprägungsformen unterschieden: Während z.B. Alois Alzheimer (1864-1915) anhand seiner anatomisch-pathologischen Studien zwischen „gummöser“, „meningoenzephalitischer“ und „endarteriitischer Hirnsyphilis“ unterschied⁴⁴⁰, gab es nach Franz Nissl (1860-1919) entzündliche, nicht entzündliche und kombinierte Formen.⁴⁴¹

Die häufigste Manifestationsform der „Lues cerebri“ war aber laut gängiger Lehrmeinung meist die „Meningitis basilaris gummosa“.⁴⁴² Hierbei war die Auffassung, dass es infolge von Granulationen (Gummen) und Arteriitiden der versorgenden Hirnarterien zu Kopfschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Schwindel bis hin zu Konvulsionsanfällen kommt.⁴⁴³ Zudem würden die Betroffenen an psychischen Symptomen wie mäßiger Demenz, Gedächtnisschwäche und Apathie leiden⁴⁴⁴ und sich Lähmungen der Extremitäten⁴⁴⁵ und vor allem der Hirnnerven entwickeln, was, je nach Lokalisation der Gumma, welche bevorzugt an der Hirnbasis vorkämen,⁴⁴⁶ z.B. zu Augen- und Gesichtslähmungen oder Pupillenstarre führte.⁴⁴⁷ Es wurde jedoch immer wieder auf die

⁴³⁸ Vgl. Medizinalstatistische Daten – 5. Aus der Versicherungsmedizin, Blaschko, Lebensversicherung und Syphilis. In: Zeitschrift für soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeiterversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft. Band 1, Leipzig, 1906, S. 261.

⁴³⁹ Vgl. Landsbergen, Fr.: Lues cerebri und progressive Paralyse, ein klinischer und anatomischer Beitrag. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Nr. 29, Basel, 1911, S. 147-161, hier S. 147.

⁴⁴⁰ Vgl. Alzheimer, Alois: Die syphilitischen Geistesstörungen. VII. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 1. und 2. Juni 1909. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Berlin, 1909, S. 920-924, hier S. 921.

⁴⁴¹ Vgl. VII. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 1. und 2. Juni 1909. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Berlin, 1909, S. 918-939.

⁴⁴² Vgl. Mulzer, Paul (Hg.): Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. München, J. F. Lehmanns Verlag, 1922, S. 210.

⁴⁴³ Vgl. Krewer, L.: Zur Diagnostik der Hirnlues. In: St. Petersburger Medicinische Wochenschrift Nr. 45, St. Petersburg, 1910, S. 616-619, hier S. 616.

⁴⁴⁴ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 17, 18.

⁴⁴⁵ Vgl. Krewer: Zur Diagnostik der Hirnlues. 1910, S. 617.

⁴⁴⁶ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 14-16.

⁴⁴⁷ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1271, 1272.

Unbeständigkeit der Symptome hingewiesen, die sehr charakteristisch sei.⁴⁴⁸ Zur Differenzialdiagnose zu anderen, nicht syphilitischen Ursachen müssten Hinweise auf eine syphilitische Ansteckung gefunden werden, indem nach Narben aus dem Sekundärstadium geschaut oder ein harter Schanker erfragt werde.⁴⁴⁹

Therapeutisch wurde gegen die Gummen, wie zuvor beschrieben, Quecksilber, Jod und Salvarsan verwendet.⁴⁵⁰ Eine Besserung hierdurch war laut Dr. Becker als diagnosesichernd einzuordnen,⁴⁵¹ jedoch blieb eine Wirkung oft auch aus.⁴⁵² Es wurde zudem als vorteilhaft eingeschätzt, an Syphilis Erkrankte günstigen klimatischen Bedingungen oder Bädern auszusetzen.⁴⁵³

Progressive Paralyse:

Umgangssprachlich wurde die „progressive Paralyse“ vor allem „Gehirnerweichung“ genannt, auch wenn diese Bezeichnung kein histopathologisches Korrelat der Erkrankung darstellte.⁴⁵⁴ Dr. Becker beschreibt sie vielmehr synonym als „Lähmungsirresein“ und als „fortschreitende Hirnlähmung“ – ein Begriff, der bekanntlich vielfach in der Auswertung der Sektionsprotokolle auftrat.⁴⁵⁵

Unter dem Stichwort „progressive Paralyse“ wird in zeitgenössischen Terminologiebüchern auch auf „vgl. *Dementia paralytica*“ verwiesen.⁴⁵⁶ Zudem wurde ein „Paralytiker“ definiert als „ein an *Dementia paralytica* leidender Kranker“.⁴⁵⁷ Es scheint zumindest Anfang des 20. Jahrhunderts zwischen diesen Diagnosen keinen signifikanten Unterschied mehr gegeben zu haben.⁴⁵⁸ In den Sektionsprotokollen der HPA Herborn wurden beide Formulierungen zur gleichen Zeit verwendet.

⁴⁴⁸ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S.1274.

⁴⁴⁹ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 14,15.

⁴⁵⁰ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1282.

⁴⁵¹ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 15.

⁴⁵² Vgl. Mulzer: Die syphilitischen Erkrankungen. 1922, S. 224.

⁴⁵³ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1285.

⁴⁵⁴ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 20.

⁴⁵⁵ Vgl. ebd.

⁴⁵⁶ Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 358.

⁴⁵⁷ Ebd., S. 323.

⁴⁵⁸ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1287. Bezüglich des Begriffs der „*Dementia paralytica*“ samt der zahlreichen Synonyme Mitte des 19. Jahrhunderts vgl.: Simon, Theodor: Die Gehirnerweichung der Irren (*Dementia paralytica*) für Aerzte und Studirende (sic). Hamburg, 1871, S. 5,6.

Bei der „progressiven Paralyse“ standen symptomatisch der *„Verfall der Intelligenz, die Sprachstörung, die paralytischen Anfälle und die reflektorische Pupillenstarre“*⁴⁵⁹ und vor allem psychotische Symptome im Vordergrund – oder, wie der Schweizer Psychiater August Forel beschrieb:

*Sie „wandelt den Menschen in die denkbar traurigste Ruine um, bis endlich ebenfalls der Tod sich dieses kaum mehr menschlich aussehenden, geistig längst toten und nur noch untätig dahinlebenden Körpers vollends erbarmt. Bei dieser Krankheit kann man direkt Schritt für Schritt beobachten, wie die ganze Seelen- und Nerventätigkeit des Menschen mit der fortschreitenden Schrumpfung des Hirngewebes förmlich abbröckelt.“*⁴⁶⁰

Die frühen Symptome waren breitgefächert: Beschrieben wurden unter anderem Stimmungsschwankungen, traurige Verstimmung, Reizbarkeit und Hypochondrie. Später kam es zu einem geminderten Taktgefühl (*„der stets im Aeüßeren Korrekte erscheint plötzlich in seiner Kleidung salopp, behält den Hut im Zimmer auf, geht im hellen Anzug zur Beerdigung [...]“*⁴⁶¹). Diese frühen und unspezifischen Symptome allein führten nur selten zur Diagnosestellung: Hilfreich waren hierfür vielmehr zusätzlich körperliche Symptome zu Beginn der Erkrankung, wie die „reflektorische Pupillenstarre“⁴⁶², Reflexunterschiede oder Sprechstörungen.⁴⁶³ Mit Fortschreiten der Erkrankung nahmen diese beschriebenen Symptome zu, bis hin zu einer zunehmenden Gedächtnisschwäche, Verfolgungswahn und häufig Größenwahn.⁴⁶⁴

Die sogenannten und in der Auswertung vielfach vorgekommenen „paralytischen Anfälle“ wurden häufig bei weiter fortgeschrittenen „progressiven Paralysen“

⁴⁵⁹ Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1293.

⁴⁶⁰ Forel, August: Die Sexuelle Frage. Volksausgabe. München, 1913, S. 117.

⁴⁶¹ Becker: Syphilis. 1913, S. 24.

⁴⁶² Eingeführt wurde die Bezeichnung durch Wilhelm Erb. Vgl. Erb, Wilhelm: Zur Pathologie der Tabes dorsalis. In: Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 24, Leipzig, 1879, S. 1-52, hier S. 34. Sie wurde auch später noch charakterisiert durch *„einseitige und doppelseitige Verzerrung, Auszackung, Entrundung der Pupillen, denen im Verlauf der Krankheit Trägheit der Pupillenreaktion und endlich absolute Lichtstarre folgen“*. Vgl. Pflüger, Hans: Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen syphiligen Erkrankungen: progressiver Paralyse und Tabes dorsalis und dem Alkoholismus chronicus mit besonderer Berücksichtigung der „4 Reaktionen“. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 46, Leipzig, 1913, S. 242- 274, hier S. 246.

⁴⁶³ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 25, speziell zu den Sprachanomalien vgl. Trömmner, E.: Beitrag zur Kenntnis der Störungen der äusseren Sprache, besonders bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 28, Berlin, 1896, S. 190-220.

⁴⁶⁴ Becker zitiert einen nicht näher benannten Leiter „einer“ Irrenanstalt, der einst geäußert haben soll: *„Oberkaiser und Obergott kann nur ein Paralytiker sein.“* Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 27.

beobachtet⁴⁶⁵ und (zumindest in Lehrbüchern, aber nicht in den untersuchten Materialien) zwischen „apoplektiform“ und „epileptiform“⁴⁶⁶ unterschieden. Erstere traten als kurze Bewusstseinsstörung mit darauf folgender reversibler Lähmung und Aphasie über Stunden bis Tage auf.

*„Manchmal ist es nur eine leichte Ohnmacht die von temporärer Lähmung gefolgt ist, oder nur ein Schwindelanfall. Die Bewusstseinsstörung kann aber auch ganz fehlen, so daß eine schnell vorübergehende Lähmung, selbst eine Aphasie von nur minutenlanger Dauer den Anfall repräsentiert.“*⁴⁶⁷

Die epileptiformen Anfälle manifestierten sich wie epileptische Anfälle in Form eines „petit mal“ oder „grand mal“ bis hin zum „Status epilepticus“, wurden aber auf die „progressive Paralyse“ zurückgeführt.⁴⁶⁸

Da die „progressive Paralyse“ als nicht heilbar galt, konnte nur der Versuch eingeleitet werden, in Einzelfällen eine Symptomlinderung zu bewirken.⁴⁶⁹ Therapeutisch wurde eine antisypilitische Therapie in Form von Quecksilberkuren angewendet, obwohl die Erfolgsaussichten als marginal galten.⁴⁷⁰ Eine Therapie mit Arsen stellte sich schon bald als unwirksam heraus.⁴⁷¹ Etwas Wirkung zeigte (und dessen war man sich schon einige Jahre vor v. Wagner-Jaureggs Malaria-Versuchen bewusst) die Erhöhung der Körpertemperatur.⁴⁷² Außerdem wurden Dauerbäder angewendet und Unruhige mit sedierenden Medikamenten beruhigt.⁴⁷³

⁴⁶⁵ Vgl. Pflüger: Differentialdiagnose zwischen syphiligen Erkrankungen. 1913, S. 249.

⁴⁶⁶ „In einer Reihe von Fällen treten neben den stets vorhandenen allgemeinen Zeichen einer Hirnerkrankung [...] bestimmte Herdsymptome [...] auf. Oft sind diese Symptome begleitet von epileptiformen Anfällen, die sich von der sekundären Epilepsie hauptsächlich durch das Vorhandensein schwerer zerebraler Störungen, Lähmungen u. dgl. unterscheiden.“ Vgl. Lesser, Edmund: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. Leipzig, 1906, S. 236.

⁴⁶⁷ Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1299.

⁴⁶⁸ Vgl. ebd.

⁴⁶⁹ Wobei gelegentlich Fälle diskutiert wurden, in denen eine vermeintlich dauerhafte Besserung der Symptome beobachtet worden war. Vgl. Schultze, Friedrich: Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 47. und 48. Band, Leipzig, 1913, S. 714-722, hier S. 721 und vgl. Steyerthal, Armin: Die Prognose der progressiven Paralyse. In: Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, Berlin, 1908, S. 129-134, hier S. 134.

⁴⁷⁰ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1309.

⁴⁷¹ Vgl. Klieneberger, Otto: Erfahrungen über Salvarsanbehandlung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen des Nervensystems. In: Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 10, Band 49, Teil 1, Berlin, 4. März 1912, S. 443-447, hier S. 447. Hier heißt es: „Die Paralyse ist durch Salvarsan nicht, die Tabes kaum zu beeinflussen. Die Erfolge bei der Lues des Centralnervensystems sind im ganzen günstig [...]“

⁴⁷² Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1310.

⁴⁷³ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 58, 59.

An „progressiver Paralyse“ Leidende verstarben meist im Rahmen ihres körperlichen Verfalls⁴⁷⁴ und – wie durchaus auch nichtsyphilitische Kranke – an „Inanition“, Schluckpneumonie, der Infektion eines sich durch Immobilität und mangelnde Pflege oft entwickelnden Dekubitus, Zystitis oder auch Harnblasenruptur. Jedoch verstarben die Betroffenen eben auch an der Syphilis selbst, z.B. im paralytischen Anfall oder im Status epilepticus.⁴⁷⁵

„Die Paralyse führt bekanntlich mit wenigen Ausnahmen regelmässig zum Tode, auch dann, wenn keine intercurrenten Krankheiten auftreten, und wenn es gelingt, von dem Kranken alle Schädlichkeiten fernzuhalten, welche ihm gefährlich werden könnten. Der Tod in diesen Fällen erfolgt dann entweder im paralytischen Anfall oder an Erschöpfung des Centralnervensystems.“⁴⁷⁶

Becker selbst beschreibt das Schicksal der Erkrankten, welches sich ihm bei seiner Arbeit als Psychiater bot, folgendermaßen:

„Schließlich aber erweist sich das Ende als nicht mehr aufzuhalten, und die Tragödie, die einstmals mit der recht leicht genommenen syphilitischen Ansteckung ihren Anfang nahm, erreicht ihren Schlußakt in der Siechenabteilung einer geschlossenen Irrenanstalt.“⁴⁷⁷

Wichtig war auch der Diskurs zur Vererbung der progressiven Paralyse. Es wurde in manchen Quellen sogar davon ausgegangen, dass die Vererbung eine größere Rolle in der Gesellschaft spiele, als die Neuinfektion im Erwachsenenalter.⁴⁷⁸

⁴⁷⁴ Emil Kraepelin äußerte sich 1927 bezüglich der „Hirnlähmung bei progressiver Paralyse“ folgendermaßen: „Die von ihm [Krankheitsvorgang bei Paralyse, L.F.] bewirkte fortschreitende Hirnlähmung kann geradezu unter den Erscheinungen äusserster Herzschwäche oder des Atemstillstandes dem Leben ein Ende machen. Ob auch die so häufig zum Tode führenden paralytischen Anfälle einfache Aeusserungen der Hirnerkrankung sind, wie man meist annimmt, lässt sich zur Zeit wohl nicht mit Sicherheit entscheiden.“ Vgl. Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Band 1, Leipzig, 1927, S. 257.

⁴⁷⁵ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 130 und vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 28 und vgl. Heilbronner, Karl: Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 51, Berlin, 1895, S. 20-97, hier S. 30, 50, 72. Heilbronner untersuchte die Todesursachen von 418 paralytischen Männern und 106 paralytischen Frauen post mortem mittels Sektion und kam, in der Annahme einer syphilitischen Grunderkrankung, zu dem Schluss, dass ca. die Hälfte aller Untersuchten der progressiven Paralyse als solcher ohne weitere sekundäre Komplikationen erlegen waren.

⁴⁷⁶ Heilbronner: Todesursachen bei der progressiven Paralyse. 1895, S. 30.

⁴⁷⁷ Becker: Syphilis. 1913, S. 29.

⁴⁷⁸ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1290.

Tabes dorsalis:

Bei der auch als „Rückenmarksschwindsucht“ bezeichneten Erkrankung kam es durch (die namensgebenden) spinalen Hinterhornsklerosen zu Lähmungen und Schmerzen.⁴⁷⁹ Sie galt zu Beginn des 20. Jahrhundert als häufigste Rückenmarkserkrankung⁴⁸⁰ und wurde beschrieben als *„eine Form der Spätsyphilis am Nervensystem, sehr chronisch, meist progressiv (...)“*.⁴⁸¹ Als typische Symptome der Tabes dorsalis galten speziell die Ataxie⁴⁸², fehlende Patellarsehnenreflexe (auch „Westphalsches Zeichen“ genannt⁴⁸³), ein positives Rombergsches Zeichen, lanzierende Schmerzen (teilweise schon Jahrzehnte vor eigentlichem Ausbruch der Erkrankung)⁴⁸⁴, die schon erläuterte reflektorische Pupillenstarre⁴⁸⁵, Blasenschwäche, Verlangsamung der Schmerzempfindung an den unteren Extremitäten und gürtelförmige Hypästhesien am Rumpf sowie Augenmuskellähmungen und Sehnervenatrophie.⁴⁸⁶ Psychische Symptome waren untypisch.

Wie bei der „progressiven Paralyse“ galt die Therapie mittels Salvarsan und Quecksilber als wenig erfolgsversprechend.⁴⁸⁷ Eher wurde eine physikalische Therapie in Form von

⁴⁷⁹ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S.172.

⁴⁸⁰ Vgl. Jacobson, Leo: Klinik der Nervenkrankheiten. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Berlin/Heidelberg, 1913, S. 161.

⁴⁸¹ Erb: Tabes. 1913, S. 86.

⁴⁸² Durch die führende Ataxie kam, wie zuvor beschrieben, schon 1858 Duchenne auf die frühe Bezeichnung der Tabes dorsalis als „Ataxie locomotrice progressive“, Vgl. Erb, Wilhelm: Tabes. 1913, S. 76.

⁴⁸³ Vgl. Jacobson: Klinik der Nervenkrankheiten. 1913, S. 163. Erstmals von Westphal wurde der Reflex beschrieben im Artikel *Ueber einige Bewegungs-Erscheinungen an gelähmten Gliedern*. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band V, Berlin, 1875, S. 803-834. In der gleichen Ausgabe beschrieb auch Wilhelm Erb, diesen Reflex schon seit Jahren zur Untersuchung von spinalen Lähmungen zu nutzen. Vgl. Erb, Wilhelm: Über Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken. S. 792-802. Beide gaben an, die Erkenntnisse des anderen zuvor nicht gekannt zu haben.

⁴⁸⁴ Vgl. Erb: Pathologie der Tabes. 1879, S. 18.

⁴⁸⁵ *„Es ist in hohem Grade bezeichnend, dass dies Symptom [die reflektorische Pupillenstarre, L.F.] bei Tabes und progressiver Paralyse mit nahezu der gleichen Häufigkeit auftritt; aber Niemand wird sich darüber wundern, der die häufigen und innigen Beziehungen der beiden Krankheitsformen zu einander kennt, der weiss, wie gewöhnlich tabische Symptome bei der progressiven Paralyse sind und wie regelmässig das Rückenmark bei dieser Affection mit bethelligt (sic) ist.“* Vgl. ebd., S. 32.

⁴⁸⁶ Vgl. ebd., S. 35,36 und vgl. Pflüger: Differentialdiagnose zwischen syphilogenen Erkrankungen. 1913, S. 252. Eine detaillierte Aufarbeitung der Symptome bei der Tabes dorsalis ist zu lesen bei v. Strümpell, A.: Pathologie und Behandlung der Tabes dorsalis. In: Wiener medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, Wien, 1910, S. 9-14, 321-328, 2529-2536.

⁴⁸⁷ Vgl. Mendel, Kurt; Tobias, Ernst: Die Tabes der Frauen. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 31, Berlin, 1912, S. 29-53, 135-183, hier S. 176.

Gymnastik mit speziellen Übungen, Bädertherapie, Massagen und diätetischen Maßnahmen empfohlen.⁴⁸⁸

Vor dem Keimnachweis der Treponemen wurden immer wieder verschiedene Ursachen für eine „Tabes dorsalis“ diskutiert: Während die im deutschen Sprachraum führend durch Wilhelm Erb und im französischen durch Alfred Fournier (1832-1914) vertretene Theorie am meisten Anklang fand, zu einer Tabes dorsalis komme es durch eine vorangegangene Syphiliserkrankung,⁴⁸⁹ postulierte der Neurologe Moritz Benedikt (1835-1920) zusätzlich eher eine ursächliche mangelhafte Anlage der spinalen Hinterstränge von Geburt an („*Tabicus non fit, sed nascitur*“).⁴⁹⁰ Der Neurologe Ludwig Edinger (1855-1918) wiederum hatte eine „Abnutzungstheorie“ aufgestellt, nach der

*„der durch Ueberanstrengung gesteigerte Stoffverbrauch nicht wieder ersetzt wird und dass als Folge davon mangelhafte Ernährung und Degeneration der funktionierenden Elemente auftritt.“*⁴⁹¹

Es erkrankten nach allgemeiner Lehrmeinung signifikant mehr Männer als Frauen an fortgeschrittener Syphilis.⁴⁹² Zu allen drei Formen findet sich bezüglich der Ursache vor allem die Übertragung durch den Geschlechtsverkehr,⁴⁹³ insbesondere außerehelichem und Verkehr mit Prostituierten⁴⁹⁴, aber es werden auch Angaben zu ursächlichem

⁴⁸⁸ Vgl. Tobias, Ernst; Kindler, Eduard: Die physikalische Therapie der Tabes dorsalis. In: Berliner medizinische Wochenschrift, Jahrgang 44, Teil 1, Berlin, 1907, S. 249-251 und 283-286, hier S. 250, 251, 284, 285.

⁴⁸⁹ Vgl. Fournier, Alfred: De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Paris, 1876, S. 5, 30.

⁴⁹⁰ Vgl. Benedikt, Moritz: Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie der Tabes. In: Wiener Medizinische Presse, Jahrgang 22, Wien, 1881, S. 1-5, 40-42, 101-105, 135-139, hier S. 2, 4 und vgl. Tobias; Kindler: Physikalische Therapie der Tabes dorsalis. 1907, S. 250.

⁴⁹¹ Tobias; Kindler: Physikalische Therapie der Tabes dorsalis, 1907, S. 250 und vgl. Edinger, Ludwig: Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang XXXI, Leipzig, 1905, S. 4-6, 135-138, hier S. 5, 138.

⁴⁹² Vgl. Fischer, Oskar: Gibt es eine Lues nervosa? In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien. Band 16, Berlin, 1913, S. 120-142, hier 121, 122, sowie Mendel; Tobias: Tabes der Frauen. S. 172 und v. Krafft-Ebing, Richard: Zur Kenntnis des paralytischen Irreseins beim weiblichen Geschlecht. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band VII, Heft 1, Berlin, 1876, S. 182-188, hier S. 182, 183. Diskutierte Gründe waren positive Auswirkungen der Menstruation für das weibliche Gehirn, generell unterschiedliche Veranlagungen zu verschiedenen psychischen Erkrankungen zwischen Männern und Frauen sowie „die Paralyse als eine Erschöpfungskrankheit auf Grund geschlechtlicher Excesse“, was „das männliche Individuum ungleich mehr in Anspruch nimmt als das weibliche“.

⁴⁹³ Vgl. Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 434. Hier wird unter dem Stichwort „Syphilis“ geschrieben: „[...] eine vielgestaltige chronische Krankheit, auf – meist sexueller – Ansteckung beruhend, als deren Erreger neuerdings die Spirochate pallida [...] erkannt worden ist. Syn. Lues venerea, Morbus gallicus“

⁴⁹⁴ Vgl. Blaschko: Prostitution und venerische Krankheiten. 1900, S. 35. Blaschko zitiert auf S. 111 eine für die deutschen Krankenkassen geschriebene Broschüre, in der es heißt: „Man kann vielmehr sagen, daß

Alkoholmissbrauch, Traumata des Schädels, anderen psychiatrischen Vorerkrankungen, „körperliche und geistige Überanstrengung“⁴⁹⁵ oder „unhygienischer Lebensweise mit geistiger Aufregung“⁴⁹⁶ gemacht. An mancher Stelle wird die Übertragung auch durch weitere Formulierungen umschrieben: So formuliert beispielsweise Oppenheim, „die Exzesse in Venere und Baccho [...] steigern zweifellos die Empfänglichkeit für diese Krankheit“⁴⁹⁷ – wobei hier im weiteren Text mehr Bezug auf Bacchus als auf Venus genommen wird. Vorrangige Relevanz hatte daher besonders die Prophylaxe der Syphilisansteckung mittels Verhütung durch Kondome und Regulierung von Sexarbeit bzw. Gesundheitskontrollen Prostituierter.⁴⁹⁸ So hieß es aber z.B. bezüglich der Therapie der Tabes dorsalis bei Frauen:

*„Wichtiger als alle Therapie ist die Prophylaxe. Die beste Prophylaxe der Frauentabes ist aber eine gut durchgeführte Behandlung der Syphilis des Mannes.“*⁴⁹⁹

Deutlich wird an diesen Lehrmeinungen auch, dass gerade zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Syphilisforschung einer konstanten Entwicklung unterlag und sich Klarheit bringende Erkenntnisse in kurzen Abständen häuften. Die vielen verschieden benannten Erkrankungen, namentlich „Dementia paralytica“, „progressive Paralyse“, „Tabes dorsalis“, „Taboparalyse“, „Tabolues“, „Lues cerebri“, „Lues cerebrospinalis“ stellten also rückblickend verschiedene klinische Manifestationen einer Syphilis dar – gleich ob sekundär, tertiär, quartär oder „meta“. Auch können andere Erkrankungen, die vereinzelt die vielseitigen Symptome einer Syphilis auslösen können (z.B. Wahn oder Lähmungen), fälschlicherweise aufgrund der schwierigen Differenzialdiagnostik als syphilitische Krankheiten verkannt worden sein oder in Annahme einer anderen Ursache eine eigentlich zugrunde liegende fortgeschrittene Syphilis versteckt haben.

jeder, der mit einer Prostituierten oder mit einem leichtsinnigen Mädchen verkehrt, sich jedesmal in eine große Gefahr begiebt (sic). Der beste Schutz ist früh heiraten.“

⁴⁹⁵ Binswanger; Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 1911, S. 359-363.

⁴⁹⁶ Ebd.

⁴⁹⁷ Vgl. Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1913, S. 1290.

⁴⁹⁸ Vgl. Becker: Syphilis. 1913, S. 37-41. Becker erwähnt zustimmend einen Aushang in den Zimmern Bremer Prostituierter, auf dem gestanden haben soll: „Zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten: Den besten Schutz vor Ansteckung, soweit ein solcher möglich ist, gewährt die Benutzung eines Kondoms. Zur Verhütung der Ansteckung wird weiter ärztlich empfohlen: Vor dem Akt: Reichliches Einfetten des Gliedes. Nach dem Akt: 1. Sorgfältige Reinigung des Gliedes durch Abwaschen mit Sublimatlösung 1:1000. 2. Einträufeln von 2-3 Tropfen 20%iger Protargollösung in die Oeffnung der Harnröhre. [...] 3. Baldiges Urinieren. Die Mittel sind hier vorrätig! Die Preise der Mittel betragen: Kondom 10Pf., Vaseline 10 Pf., Sublimat 5 Pf., Protargol 5 Pf.“

⁴⁹⁹ Mendel; Tobias: Tabes der Frauen. 1912, S. 176.

6.2.4. Die Syphilis in der Auswertung der Sektionsprotokolle

Die Diagnosen der zuvor beschriebenen „progressiven Paralyse“ bzw. „Dementia paralytica“ traten in der Auswertung der Daten, wie erläutert, häufig auf. Auf den ersten Blick noch eindeutiger einer Syphilis zuzuordnen waren die Diagnosen „Lues“, „Lues cerebri“ und „Lues cerebrospinalis“. Lues und Syphilis waren damals Synonyme und sind es auch heute noch.⁵⁰⁰ Ähnlich verhielt es sich mit der Tabes dorsalis, da dieser Begriff auch heute noch gängig ist, auch wenn die Erkrankung in Ländern mit breit verfügbarer medizinischer Versorgung nur sehr selten vorkommt.

Häufig bedurften aber vor allem die in den Sektionsprotokollen vermerkten syphilisassoziierten Todesursachen im Rahmen der Auswertung eingehenderer Recherche, da diese Begrifflichkeiten heute nicht mehr verwendet werden:

Gleich im ersten untersuchten Jahr 1911 verstarb ein an „Dementia paralytica“ leidender Mann an einem „Marasmus paralyticus“, zu welchem es laut zeitgenössischen Lehrbüchern folgendermaßen kam:

„Schließlich stellt sich in manchen schweren Fällen von Syphilis oft eine Kachexie, ein Marasmus ein, ohne daß sich Erkrankungen bestimmter Organe nachweisen ließen; auch in diesen Fällen muß der Marasmus mehr als Folge-, wie als Teilerscheinung der Krankheit aufgefaßt werden.“⁵⁰¹

Auch 1912 hatten alle drei an dieser Todesursache Verstorbenen syphilitische Grunderkrankungen (zwei litten an „Dementia paralytica“, eine an „Lues“). 1914 waren es vier syphilitisch Erkrankte (drei mit „Dementia paralytica“ und einer mit „Taboparalyse/Lues“). 1915 hatten alle acht hieran Verstorbenen die Diagnose „Dementia paralytica“. 1916 litten zehn der elf an „Marasmus paralyticus“ Verstorbenen an „Dementia paralytica“, eine Patientin an „Taboparalyse“. Auch im zweiten untersuchten Abschnitt waren jeweils alle an „Marasmus paralyticus“ Verstorbenen an Syphilis erkrankt. 1927 litten zwei an „progressiver Paralyse“, einer an „Taboparalyse“ und einer an „Dementia paralytica“. 1928 sind nur bei zwei der vier an „Marasmus paralyticus“ Verstorbenen die Diagnosen bekannt – beide litten an „progressiver Paralyse“. Bei den beiden weiteren steht jedoch im ersten Fall noch „Marasmus bei Paralyse“ als Notiz im Sektionsprotokoll dabei, was den Verdacht einer syphilitischen

⁵⁰⁰ Vgl. Psyhyrembel: Klinisches Wörterbuch. 2007, S. 1876.

⁵⁰¹ Lesser: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 1906, S. 110.

Grunderkrankung unterstützt. Es sei aber nochmals darauf verwiesen, dass „Paralyse“ alleinstehend formal nur „Lähmung“ bedeutet und dies auch Anfang des 20. Jahrhunderts schon der Fall war.⁵⁰² Im zweiten Fall bestätigte das Pathologische Institut in Marburg nach der weiterführenden histopathologischen Untersuchung „cerebrale syphilitische Gumma“. 1929 verstarb nur ein Patient mit „Taboparalyse“ an einem „Marasmus paralyticus“. 1930 waren es mit sieben Verstorbenen wieder deutlich mehr, wobei eine Diagnose unbekannt bleibt. Bei den bekannten Diagnosen handelt es sich wieder in drei Fällen um „progressive Paralyse“, in einem um „Dementia paralytica“, in einem um „Lues cerebri“, und bei einem steht lediglich „Paralyse“ als Diagnose, was wiederum in diesem Kontext eine „progressive Paralyse“ vermuten lässt.

Alle Personen, die in den untersuchten Jahren an einem „Marasmus paralyticus“ verstarben und eine bekannte Diagnose hatten, hatten im damaligen Kontext also eine syphilitische Diagnose.

Genauso wie mit dem „Marasmus paralyticus“ verhält es sich mit dem schon zuvor erläuterten „paralytischen Anfall“ und dem „Status paralyticus“.

Es fallen auch weitere Todesursachen auf, an denen ausschließlich an Syphilis Erkrankte verstarben. Speziell wurden 1916 die „paralytische Gehirnlähmung“ und die „Gehirnlähmung im paralytischen Anfall“ aufgeführt, denen jeweils Personen mit „Dementia paralytica“ erlagen. Wie zuvor aufgeführt, ist die „Gehirnlähmung“ laut Dr. Becker als Synonym der „progressiven Paralyse“ zu verstehen, jedoch fällt gerade beim Blick auf die aufgearbeiteten Daten des Jahres 1916 auf, dass die alleinige Todesursache der „Gehirnlähmung“ trotzdem nicht ausschließlich Personen mit syphilisassoziierten Erkrankungen traf. Der einzige Tod durch „Gehirnlähmung“ (ohne weitere Umschreibung) traf 1916 z.B. auch einen Patienten mit der Diagnose „Dementia arteriosclerotica“. Auch 1912 verstarben zehn Patienten und Patientinnen an „Gehirnlähmung“, von denen zwar acht an „Dementia paralytica“ litten und eine an „Lues“, aber wieder litt ein Patient an „Dementia arteriosclerotica“. 1913 waren alle acht an „Hirnlähmung“ oder „Hirnlähmung bei progressiver Paralyse“ Verstorbenen syphilitisch erkrankt (sieben mit „Dementia paralytica“, eine mit „Lues“).

⁵⁰² Vgl. Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 322.

cerebrospinalis“).⁵⁰³ Welche Charakteristika eine „Hirnlähmung“ also speziell ausmachten, bleiben nicht gänzlich geklärt. Die zeitgenössische Literatur bietet keine konkrete Definition der Bezeichnung (z.B. in Form einer Umschreibung der Diagnosekriterien etc.). Die „Hirnlähmung“ scheint fast ausschließlich im Kontext der „progressiven Paralyse“ verwendet worden zu sein – wenn auch in der Auswertung einige Ausnahmen zu finden waren.

Kraepelin schreibt bezüglich des Todes an und mit „progressiver Paralyse“ 1903:

*„Ohne Zweifel wird die Sterblichkeit durch die psychische Erkrankung beträchtlich gesteigert; sie ist bei Irren etwa fünfmal so gross wie bei der erwachsenen geistesgesunden Bevölkerung. Die Zahl wird verständlich, wenn man zunächst bedenkt, dass eine Reihe der dem Irresein zu Grunde liegenden Hirnerkrankungen sehr schwere körperliche Schädigungen erzeugen, die dann ihrerseits unmittelbar oder mittelbar zum Tode führen können. Der bei weitem wichtigste dieser Krankheitsvorgänge ist derjenige der Progressiven Paralyse. Derselbe kann geradezu unter den Erscheinungen des tiefsten Marasmus und äusserster Herzschwäche dem Leben ein Ende machen. Der tödliche Ausgang erfolgt hier entweder unmittelbar durch Hirnlähmung oder durch die Entstehung von Druckbrand, Schluckpneumonien, Verletzungen, Blutvergiftungen u. dergl.“*⁵⁰⁴

Ein schwerer Verlauf einer Syphilis-Infektion konnte also der Grunderkrankung wegen tödlich enden (wie an den Beispielen des „Marasmus paralyticus“ oder dem „paralytischen Anfall“ gezeigt), aber natürlich auch vorher schon durch begleitende sekundäre Erkrankungen.⁵⁰⁵

⁵⁰³ Einen weiteren Hinweis auf die Hirnlähmung im Kontext der Syphilis ergibt sich durch den Schweizer Psychiater August Forel: *„Eine der furchtbarsten Folgen der Syphilis bildet die sog. Metasyphilis oder Parasyphilis, d.h. die Rückenmarksdarke (Tabes) und die allgemeine fortschreitende Hirnlähmung (Paralyse oder fälschlich sog. Hirnerweichung), die erste das Rückenmark und die zweite das Großhirn langsam verhärtend und zerstörend.“* Forel: Die Sexuelle Frage. 1913, S. 117. Der Begriff der „Gehirnerweichung“, der wie beschrieben mit dem der Hirnlähmung meist synonym verwendet wurde, wird folgendermaßen umschrieben: *„Degeneration und Erweichung bzw. Verflüssigung der nervösen Elemente des Gehirns infolge von Entzündung oder aufgehobener Blutzufuhr (Folge von Endarteriitis, Thrombose, Embolien etc.). [...] Die G. kann natürlich, je nach ihrem Sitze, die verschiedensten Symptome verursachen; oft findet sie sich bei Geisteskranken. Klinisch bezeichnet man mit G. auch die progressive Paralyse, obwohl hierbei gerade umgekehrt die Gewebsconsistenz meist pathologisch vermehrt ist.“* Guttmann: Medizinische Terminologie. 1902, S. 430.

⁵⁰⁴ Kraepelin: Psychiatrie. 1903, S. 335, 336.

⁵⁰⁵ Auch im Fachbuch *Psychiatrie für Ärzte* von 1918 steht im Kapitel *Progressive Paralyse und Hirnlues*: *„Der Tod erfolgt bei der Paralyse, nachdem das Leiden 3-5 Jahre besteht, in einem Anfall, einem Status*

Es lohnt sich nun mit diesem Wissen eine neuerliche Betrachtung auf die gesammelten Daten. Berücksichtigt man die zuvor besprochenen syphilis-assoziierten Diagnosen in ihrer Gesamtheit, ergibt sich schon eine Tendenz von dem Einfluss, welchen die Infektion durch *Treponema pallidum* auf die psychiatrischen Patienten und Patientinnen in der HPA Herborn hatte. Da viele Diagnosen aufgrund fehlender Krankenakten aber fehlen, hilft in diesem Kontext auch die weitergehende Auswertung der Todesursachen und der Ergebnisse der histopathologischen Nachuntersuchungen einzelner Organe durch das Pathologische Institut in Marburg: Hier zeigen sich nämlich erst nach nochmaliger Betrachtung in einigen Jahren fortgeschrittene Syphilis-Erkrankungen, die in den Diagnosen der ausgewerteten Unterlagen von Herborn zunächst nicht vorkommen.

Tabelle 63: Verstorbene mit syphilitischen Diagnosen, histopathologischen Befunden oder Todesursachen 1911-1916 und 1927-1930

Jahr	Insgesamt Verstorbene	davon syphilis-assoziiert	...in %	Dementia paralytica	Lues	Paralyse	Progressive Paralyse	Taboparalyse	Diagnose durch pathologischen Befund	Verdachtsdiagnose durch syphilitische Todesursache
1911	12	5	42%	1						4 (1x "Gehirnlähmung im paralytischen Anfall" 1x "Marasmus paralyticus" 2x "paralytischer Anfall")
1912	39	17	44%	13	3	1				
1913	42	20	48%	14	4	1	1			
1914	53	17	32%	14			1	1		1 ("Gehirnlähmung im paralytischen Anfall")

paralyticus oder nach körperlichem Verfall (Marasmus paralyticus) an einem hinzugekommenen Leiden (Pneumonie).“ Gruhle, Hans Walter: Psychiatrie für Ärzte. Fachbücher für Ärzte, Band III, Berlin/Heidelberg, 1918, S. 175.

1915	79	23	29%	23						
1916	102	23	23%	22				1		
1917 - 1926										
1927	54	13	24%	1			8	1	1 ("Herzschwäche und Pneumonie bei progressiver Paralyse" (MR: Aortitis syphilitica))	2 (1x "Herztod bei Tabo- Paralyse" (MR: keine Aortenlues) 1x "Embolie bei Aortengeschwür bei progressiver Paralyse" bei Diagnose: "Frühkatatonie")
1928	57	7	12%	2			2		2 (1x "Herztod bei Pneumonie" (MR: Aortitis syphilitica) 1x "Marasmus paralyticus" (MR: cerebrale syphilitische Gumma)	1 ("Maramus paralyticus (Marasmus bei Paralyse)")
1929	73	7	10%				6	1		
1930	50	11	22%	1	3	1	5		1 (Herzfehler, Diagnose: Schizophrenie (MR: Aortitis syphilitica))	

Anmerkung: Da die alleinige Formulierung „Paralyse“, wie schon beschrieben, lediglich „Lähmung“ bedeutete und daher formal allein nicht auf eine syphilisassoziierte Erkrankung hindeutet, wurden zwei Fälle von „Paralyse“ nicht in die Aufzählung mit aufgenommen.⁵⁰⁶

Die Tabelle verdeutlicht, dass gerade in den Anfangsjahren des Klinikbetriebs der Anteil an Verstorbenen mit fortgeschrittenen syphilitischen Erkrankungen hoch war. Im Jahr 1913 war es mit sogar 48% fast die Hälfte aller Verstorbenen. In diesem Jahr gab es

⁵⁰⁶ Hierbei handelt es sich um einen Fall aus dem Jahr 1927 (Diagnose und Todesursache „Paralyse“, pathologischer Befund erbrachte eine Pyelonephritis) und um einen Fall 1929 (Diagnose: „Paralyse“, Todesursache: „Lungenödem bei Paralyse und Arteriosklerose des Gehirns“). Die unter „Paralyse“ aufgeführten Fälle sind: 1912 ein Fall mit „Paralyse“ als Diagnose und darauf folgender Tod durch „Aortitis luetica“, sowie 1913 eine Patientin mit „Paralyse“ als Diagnose und Tod durch „progressive Paralyse“ und ein Patient im Jahr 1930 mit der Diagnose „Paralyse“, der an einem „Marasmus paralyticus“ verstarb.

zudem noch keine Kooperation mit dem Pathologischen Institut in Marburg, sodass keine zusätzlichen Diagnosen durch histopathologische Nachuntersuchungen auffielen.

Im zweiten untersuchten Abschnitt sind es mit 10-22% zwar weniger Betroffene als im ersten, vier Fälle fallen aber nur durch den pathologischen Befund und acht durch die Formulierung der Todesursache auf.

Auffällig sind zudem zwei Fälle mit einer zur Gruppe der Schizophrenien gehörenden Diagnose: 1927 verstarb ein 41-jähriger Patient mit der Diagnose „Frühkatatonie“ an einer „Embolie bei Aortengeschwür bei progressiver Paralyse“. Der Patient wurde nicht seziert, was die Frage aufwirft, woher diese detaillierte Beschreibung der Todesursache rührt. Der zweite Fall 1930 ist der zuvor schon beschriebene, unter „Schizophrenie“ geführte Patient, der am vermeintlichen Herzfehler verstarb und in der histopathologischen Untersuchung eine „Aortitis luetica“ aufwies.

Diese beiden Fälle verdeutlichen, wie kompliziert die Zuordnung verschiedener Symptome zu einem passenden Syndrom sein konnte und auch heute noch sein kann. Vermutlich wiesen die Erkrankten Symptome auf, die schwer nur einer Diagnose zuzuordnen waren. Im ersten Fall scheint man sich nicht festgelegt zu haben, ob der Patient nun an einer „Frühkatatonie“ oder einer „progressiven Paralyse“ litt. Im zweiten Fall waren die Symptome wohl einer psychischen Genese zugeordnet und der Patient fast 17 Jahre lang unter der Diagnose einer Schizophrenie geführt worden. Letztlich hatte er eine fortgeschrittene Syphilis-Infektion. Seine psychischen Symptome könnten wahrscheinlich zumindest teilweise hierauf zurückgeführt werden.

Gerade in den hier untersuchten Zeitabschnitten, in welchen die laborchemische Diagnostik (z.B. durch die Wassermannsche Reaktion) nicht gerade valide und reliabel waren, wurden die Diagnosen schließlich eher anhand von Anamnese und körperlicher Untersuchung gestellt. Eine klare statistische Auswertung birgt, wie hier nochmals dargelegt, ihre Schwierigkeiten.

Hervorzuheben ist auch, dass diese Statistik eine weitere, wahrscheinlich nicht unbeträchtliche Dunkelziffer von Folgen der Syphilis für die Psychiatrie außen vor lässt: die Zahl derjenigen Patienten und Patientinnen, die durch eine *Syphilis connata* von Geburt an geistig und körperlich beeinträchtigt waren, da sie syphilitisch erkrankte Eltern hatten. Es bleibt zu vermuten, dass einige der „Imbecillen“ oder „Schwachsinnigen“ durchaus auch aufgrund einer syphilitischen Schädigung in zweiter Generation betroffen

gewesen sein könnten. Dies muss jedoch eine, wenn auch wahrscheinliche, Vermutung bleiben.

6.3. Zum Begriff der Schizophrenie

Auch das Krankheitsbild der Schizophrenie wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter Psychiatern breit diskutiert. In einem Lehrbuch von 1911 diesbezüglich wird explizit darauf hingewiesen:

„Das ganze Gebiet ist augenblicklich in lebhaftem Flusse begriffen, und jede irgendwie geartete Abgrenzung muß zurzeit noch als eine vorläufige angesehen werden.“⁵⁰⁷

Um 1899 beschrieb Emil Kraepelin:

„Aus der Mannigfaltigkeit der klinischen Krankheitsformen hat sich im Laufe der Jahre eine grosse Gruppe von Fällen herausgehoben, deren Ausgang ein eigenartiger geistiger Schwächezustand zu bilden pflegt.“⁵⁰⁸

Diese Gruppe solle daher „vorläufig wohl am besten als *Dementia praecox*“⁵⁰⁹ bezeichnet werden. Dieser Begriff sollte also den ungünstigen Verlauf einer Erkrankung umschreiben, bei der es zu dauerhaften Persönlichkeitsveränderungen komme.⁵¹⁰ Kraepelin verband hierfür schon seit Jahren bekannte und viel diskutierte Theorien des deutschen Psychiaters Karl Ludwig Kahlbaum⁵¹¹ (1828-1899) und seines Schülers Ewald Hecker (1843–1909).⁵¹² Diese hatten die Krankheitsbilder „*Dementia paranoides*“, „*hebephrenica*“ und „*katatonica*“⁵¹³ ihrerzeit als jeweils einzelne Erkrankungen definiert, bis Kraepelin sie innerhalb weniger Jahre zu der „*Dementia praecox*“ zusammenfügte.⁵¹⁴

⁵⁰⁷ Binswanger; Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. 1911, S. 239.

⁵⁰⁸ Kraepelin, Emil: Zur Diagnose und Prognose der *Dementia praecox*. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 56, Berlin, 1899, S. 254-259, hier S. 254.

⁵⁰⁹ Ebd.

⁵¹⁰ Vgl. ebd., S. 257.

⁵¹¹ Kahlbaum hatte schon 1869 auf einem Kongress in Innsbruck zwei Fallvorstellungen vorgetragen, aus denen er eine neue Krankheitsform, das „Spannungsirresein“ formulierte. Hiermit stieß er zunächst jedoch auf wenig Zuspruch. Vgl. Bericht über die Psychiatrische Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte und die Sitzung des deutschen Vereins der Irrenärzte in Innsbruck im September 1869. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, II. Band, Berlin, 1870, S. 499-505, hier S. 502

⁵¹² Vgl. Aschaffenburg, Gustav: Die Katatoniefrage. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 54, Berlin, 1898, S. 1004-1025, hier S. 1009, 1010.

⁵¹³ Vgl. Kahlbaum: Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. 1874, S. 87.

⁵¹⁴ Vgl. Aschaffenburg, Gustav: Correferat über Katatonie. 29. Versammlung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe. 7. November 1898. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. XXI: Jahrgang, IX. Band, Coblenz & Leipzig, S. 13-15 sowie vgl. Feldmann, Silke: Die

Die Bezeichnung *démence précoce* war schon 1852 vom französischen Psychiater Bénédict Augustin Morel (1809-1873) formuliert worden, wenn auch in einem weniger spezifischen Kontext.⁵¹⁵ 1908 schlug Eugen Bleuler (1857-1939) erstmals in einem Vortrag bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie vor, anstatt des Begriffes der „Dementia praecox“ den der „Schizophrenie“ bzw. die „Gruppe der Schizophrenien“ zu verwenden, da er in der Erkrankung eine heterogene Gruppe verschiedener Ausprägungen sah.⁵¹⁶ Sie sei (wiederum angelehnt an Kahlbaum und Hecker) in Untergruppen zu unterteilen: Der „Paranoia“ bzw. „Dementia paranoides“,⁵¹⁷ der „Katatonie“,⁵¹⁸ der „Hebephrenie“⁵¹⁹ sowie der „Schizophrenia simplex“.⁵²⁰ Entgegen Kraepelins Formulierung, war Bleuler nicht von dem zwangsläufig negativen Verlauf überzeugt, welcher dem Begriff der „Dementia praecox“ innewohnte:

*„Diese Krankheit kann in jedem Stadium stillstehen, und manche ihrer Symptome können sich sehr weit oder ganz zurückbilden; aber wenn sie weiter schreitet, führt sie zu einer Verblödung bestimmten Charakters.“*⁵²¹

Bis zum Jahr 1913 war Kraepelins Begriff „Dementia praecox“ in der Literatur schon zum großen Teil durch Bleulers „Schizophrenie“ ersetzt worden.⁵²² In den Sektionsprotokollen der HPA Herborn wird der Begriff der „Dementia praecox“ noch bis mindestens 1929 verwendet, parallel zu dem der „Schizophrenie“ und ihrer Untergruppen.

Der Untersuchungszeitraum dieser Arbeit fällt genau in die Zeit dieses beschriebenen Umbruchs der Terminologie bzw. Definition der Gruppe der Schizophrenien. Es wurden

Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912 am Beispiel der Dementia praecox. Unv.-Diss. Gießen, 2006, S. 21 sowie vgl. Oberdörffer: Roth's klinische Terminologie. 1914, S. 105.

⁵¹⁵ Vgl. Morel, B. A.: Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. Paris, 1852, S. 282, 361. „Dans mes Études cliniques, j'ai fait remarquer que les idiot et les imbéciles nés dans de mauvaises conditions héréditaires, et voués conséquemment à une *démence précoce*, perdaient de bonne heure les attributs de la jeunesse et de la santé.“ Morel, B. A.: Traité des maladies mentales. Paris, 1860, S. 279 sowie vgl. Wille, Walter: Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig/Wien, 1898, S. 5, 136.

⁵¹⁶ Vgl. Bleuler, Eugen; Jahrmärker, Maximilian: Dementia praecox. Vortrag bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Berlin, 24. April 1908. In: Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 10, Nr. 2, Halle a. S., 1908, S. 106-108, hier S. 106.

⁵¹⁷ Vgl. Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie. 1923, S. 318.

⁵¹⁸ Vgl. ebd., S. 320.

⁵¹⁹ Vgl. ebd., S. 324.

⁵²⁰ Vgl. ebd., S. 328.

⁵²¹ Vgl. ebd., S. 284.

⁵²² Kraepelin begrüßte die Änderung, da er selber nicht mehr gänzlich von der negativen Prognose der Krankheit, welche der durch ihn etablierte Begriff der „Dementia praecox“ implizierte, überzeugt war. Vgl. Feldmann: Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre. 2006, S. 24.

ganz verschiedene Begrifflichkeiten für diese Krankheitsgruppe verwendet. So fanden sich: „Dementia praecox“, „Dementia paranoides“, „Katatonie“, „Hebephrenie“, „Stupor bei Spätkatatonie“, „Frühkatatonie“ sowie, erstmals als solche in den Akten von 1927 genannt, „Schizophrenie“, „paranoide Schizophrenie“, und „Paraphrenie“. Es fallen folglich zwei „Generationen“ der Terminologie der Schizophrenie in die untersuchten Zeiträume: Es wurde sowohl Kraepelins Definition verwendet, als auch allmählich Bleulers.⁵²³

Wie zuvor bei den syphilis-assoziierten Erkrankungen lohnt sich auch bei dieser „Kategorie“ der „Schizophrenieformen“ mit dem Wissen des zeitlichen Kontextes eine neuerliche Betrachtung der ausgewerteten Jahre:

Tabelle 64: Verstorbene mit Diagnosen aus der Gruppe der Schizophrenien 1911-1916 und 1927-1930

Jahr	Insgesamt Verstorbene	"Schizophrenieformen" gesamt	...in %	Dementia praecox	Dementia paranoides	Katatonie	Hebephrenie	Schizophrenie	Paraphrenie
1911	12								
1912	39	5	13%	2	1	1	1		
1913	42	4	10%	2		2 (1x "Erschöpfungs- psychose mit			

⁵²³ Heute wird die Schizophrenie zwar nicht mehr wie zu Zeiten Bleulers definiert, jedoch basiert das ICD-10 Klassifikationssystem noch auf seinen und Kraepelins Ansätzen, wenn auch in modifizierter Form. Die Schizophrenie wird im Plural „schizophrene Psychosen“ genannt und gehört zur Hauptgruppe der „endogenen Psychosen“. Es wird im Plural gesprochen, da es sich nach aktuellem Wissensstand wahrscheinlich um eine heterogene Gruppe von Störungen handelt – wie es auch schon Bleuler formuliert hatte. Es kommt hierbei oft zu sehr vielfältigen psychopathologischen Symptomkombinationen aus Wahn, Halluzinationen, formalen Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorischen Störungen, ohne dass eine somatische Ursache der Erkrankung bekannt wäre. Vgl. Möller; Laux; Deister: Psychiatrie und Psychotherapie. 2015, S. 156.

						katatonischen Symptomen")			
						6 (1x "Stupor bei Spätkatatonie", 1x "katatonische Verrücktheit mit epileptischer Seelenstörung")	2 (1x "... mit Imbecillität")		
1914	53	11	21%	2	1				
1915	79	13	16%	4	4	3	2		
					12 (1x ... auf imbeciller Basis")				
1916	102	30	29%	8		7	3		
1917-1926									
						3 (1x "... mit Epilepsie")			
1927	54	5	9%		1			1	
1928	57	7	12%		3		3	1	
1929	73	19	26%	2	5	4		7	1
1930	50	11	22%		3	2	2	3	1

Anmerkung: Nicht mit in der Tabelle aufgeführt sind die beiden Fälle, die in den Anmerkungen der vorangegangenen Tabelle schon erläutert sind.⁵²⁴

Die aufgearbeiteten Ergebnisse der Tabelle verdeutlichen das häufige Auftreten der zur Gruppe der Schizophrenien gehörenden Diagnosen. Während es Jahre wie 1913 gab, in denen nur ca. 10% der Verstorbenen an einer solchen Diagnose gelitten haben, sind es im Jahr 1916 mit 29% fast ein Drittel der Verstorbenen. Die Todesursachen der

⁵²⁴ Das ist der Fall aus dem Jahr 1927 eines 41-jährigen Patienten mit „Frühkatatonie“, der an einer Embolie durch ein Aortengeschwür bei progressiver Paralyse und der 48-jährige mit der Diagnose einer Schizophrenie, der am Herzfehler verstarb und dessen histopathologischer Befund eine „Aortitis syphilitica“ ergab. Anders als bei den zuvor aufgearbeiteten syphilitischen Fällen fallen hier die ergänzten Spalten weg, welche Fälle aufzählen, in denen die Diagnose erst durch die histopathologische Untersuchung bzw. die Todesursache auffiel. Anders als bei der Syphilis gab es bei der Schizophrenie kein organisches Korrelat der psychiatrischen Symptome und vor allem keine charakteristischen organischen Spätmanifestationen, die nachträglich während der Sektion oder unter dem Mikroskop hätten auffallen können. Es kam vielmehr durch sekundäre Erkrankungen zum Tod (z.B. Pneumonie oder Tuberkulose).

Betroffenen in diesem Jahr zeigen, dass allein acht von ihnen an „Erschöpfung“ verstorben sind – und das mit durchschnittlich nur ca. 39 Jahren (zwischen 31 und 50 Jahren). Weiterhin verstarben sie auch an anderen Diagnosen wie Tuberkulose und Pneumonie, aber auch an „Inanition“, „Marasmus“, „Herzlähmung“ und „Herzschwäche“. In zehn Fällen bleibt die Todesursache bei lückenhafter Quellenlage unbekannt – das Durchschnittsalter betrug hier auch nur 44 Jahre.

Im Vorjahr 1915 war zwar der Anteil der „Schizophrenieformen“ an allen Verstorbenen dieses Jahres mit nur 16% deutlich geringer, aber auch in diesem Jahr verstarben 7 der 13 hier aufgezählten Personen an „Erschöpfung“ – der jüngste sogar mit erst 25 Jahren. Durchschnittlich waren diese Verstorbenen ca. 39 Jahre alt.

Diese Zahlen lassen aufhorchen. Weshalb sollten so junge Personen an Erschöpfungszuständen versterben? Sie scheinen jedenfalls Opfer des Hungers geworden zu sein, der, wie Dr. Snell ja explizit beschrieben hatte (siehe Kapitel Sektionen im Jahr 1916), zur „Erschöpfung“ geführt hatte.⁵²⁵ Und aus Dr. Beckers Formulierung bezüglich der Kriegsfolgen auf die Herborner Patienten und Patientinnen *„stellen wir uns ruhig auf den nationalökonomischen Standpunkt und weinen den anderen [den Verhungerten, L.F.] keine Träne nach, für die Menschheit wars ein zu ertragender Verlust“*⁵²⁶ liest sich jedenfalls eine explizit formulierte eugenische Gesinnung heraus. Ob diese jedoch auch im Klinikalltag umgesetzt wurde, lässt sich anhand des untersuchten Materials nicht abschließend klären.

Beide Tabellen verdeutlichen vor allem die Schwierigkeit der Zuordnung von Symptom zu Syndrom: In mindestens zwei Fällen lagen die Diagnosen von schizophrener und syphilitischer Erkrankung sehr nah beieinander. Die alleinige Diagnosestellung anhand der klinischen Symptomatik erscheint Schwierigkeiten erbracht zu haben.⁵²⁷ Zu berücksichtigen ist auch, dass im behandelten Zeitraum verschiedene Ärzte in der Klinik gearbeitet haben, die folglich im Zuge ihrer unterschiedlichen Arbeitsweisen bestimmt zu voneinander abweichenden Einschätzungen kamen.

⁵²⁵ Vgl. VWK 52 (1918), S. 467.

⁵²⁶ Vgl. Becker: Wirkung des Krieges. 1920, S. 10.

⁵²⁷ Vgl. Aschaffenburg: Katatoniefrage. 1898, S. 1019, 1020.

Zudem zeigt sich im Falle der Syphilis der Nutzen, den die Sektionspraxis und die Kooperation mit einem pathologischen Institut für die Psychiatrie erbringen konnte: Hierdurch konnten nicht nur die Todesursachen, sondern in einigen Fällen auch die Diagnosen gesichert werden – und zwar einerseits organische Nebendiagnosen, aber auch andererseits (im Falle der Syphilis) Hauptdiagnosen, die unter Umständen einst zur Einweisung geführt hatten.

Auch wird die Bedeutung der Terminologie deutlich: Sie spiegelt in ihrer Vielschichtigkeit und schnellen Veränderung die rege Forschungsarbeit an den jeweiligen Themenbereichen sowie gleichzeitig zahlreiche Unklarheiten wider.

7. Ergebnisse

In Zusammenschau der zuvor herausgearbeiteten und diskutierten Aspekte sollen nun die wichtigsten Erkenntnisse der vorausgegangenen Analyse in Hinblick auf die einleitend gestellten Fragen vorgestellt werden.

Syphilis

Die vorrangige Frage dieser Arbeit richtete sich nach dem Erkenntnisgewinn der Sektionen. Die vermerkten Todesursachen waren zwar breitgefächert, dokumentierten weniger überraschend den Tod durch Erkrankungen wie z.B. Pneumonien oder Tuberkulose. Jedoch fiel bald auf, dass einigen Todesursachen ein besonderer und weiter nachzugehender Stellenwert zugeschrieben werden muss. Dies betraf die syphilitischen Erkrankungen und die Erschöpfungszustände:

Bei ersteren handelte es sich um die einzige Krankheitsentität, deren Spätfolge zwar als psychische Erkrankung gewertet wurde und Betroffene daher in die Psychiatrie brachte, welche aber pathophysiologisch so destruktive somatische Auswirkungen hatte, dass Erkrankte an ihr versterben konnten. Also vereinfacht: Betroffene wurden durch eine Syphilis somatisch krank, hatten psychische Symptome und starben später an den körperlichen Folgen der Erkrankung.

Der Anteil an Patienten und Patientinnen, die aus den Protokollen und Krankenakten ersichtlich *mit* oder auch *an* einer Syphilis verstarben, war erschreckend hoch: im Jahr 1913 betraf dies mit 48% sogar *fast die Hälfte* aller Verstorbenen. Im Jahr 1913 konnte wissenschaftlich gesichert werden, was viele zeitgenössische Psychiater auch in den Vorjahren schon vermutet hatten: die gemeinsame syphilitische Genese der „progressiven Paralyse“ und der „Tabes dorsalis“. Das wissenschaftliche Interesse, welches sich im Fachdiskurs anhand unzählbarer Artikel widerspiegelte, zeigte sich auch im geäußerten Interesse an den Präparaten von „Aortitis syphilitica“ bei fortgeschrittenen Syphiliserkrankungen seitens des Marburger Pathologischen Instituts. Der häufig dokumentierten Todesursache der „Hirnlähmung“ konnte im Laufe der Auswertungen eine eindeutige Assoziation mit einer fortgeschrittenen Syphilis zugeschrieben werden (trotz weniger Ausnahmen).

Die Syphilis gewann in der Psychiatrie durch den Nachweis, dass sie die „progressive Paralyse“ und die „Tabes dorsalis“ verursachte, maßgeblich an Bedeutung.⁵²⁸ Das Ausmaß der Folgen dieser bakteriellen Erkrankung scheint den zeitgenössischen Ärzten durchaus bewusst gewesen zu sein: Selbst Dr. Becker schrieb schon 1913, die „progressive Paralyse“ schreibe „die Sterbefälle in den Irrenanstalten in unheimlicher Weise in die Höhe“⁵²⁹. Diese Aussage bestätigt sich in dieser Arbeit auf eindruckliche Weise.

Wahrscheinlich wurden zudem auch Personen mit geistigen Einschränkungen durch eine *Lues connata* in psychiatrische Kliniken eingewiesen. Die enormen Folgen der Syphilis, nicht nur für psychiatrische Anstalten, sondern auch für die Gesamtbevölkerung mehrerer folgender Generationen, sind im Nachhinein kaum noch greifbar. Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen den folgenreichen Einfluss dieser heute selteneren Infektionserkrankung anhand der aufgearbeiteten Todesfälle verdeutlichen.

Interessanterweise ist der Einfluss der Syphilis speziell auf die Psychiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts medizingeschichtlich bislang nicht hinreichend behandelt worden, während sie in der zeitgenössischen Fachliteratur der untersuchten Zeit eine über Jahrzehnte währende prominente Rolle einnahm: Es wurden durchaus Todesstatistiken der Zeit auf häufig vertretene Todesursachen hin untersucht.⁵³⁰

In heutigen Arbeiten wird der Einfluss der Syphilis auf die Gesellschaft Anfang des 20. Jahrhunderts zwar häufig erwähnt (wie z.B. in der 2014 im Psychiatriemuseum MuSeele im Christophsbad Göppingen gezeigten Ausstellung namens „Lustwandel“, welche sich neben der Syphilis auch mit AIDS beschäftigte⁵³¹), ohne dass jedoch dezidierte Auswertungen der Todesstatistiken deutscher psychiatrischer Anstalten publiziert worden wären. Häufig werden wiederum vermeintlich an Syphilis erkrankte

⁵²⁸ Vgl. Blaschko: Prostitution und venerische Krankheiten, 1900, S.6.

⁵²⁹ Becker: Syphilis des Gehirns. 1913, S.54.

⁵³⁰ Beispielsweise in der Arbeit von Dr. Friedrich Plaseller mit dem Titel *Die in den Jahren 1888 bis 1904 (bzw. 1911) in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol Verstorbenen und deren Todesursachen*, welche 1913 im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten erschienen war. Der Autor hatte, ähnlich dieser Arbeit, die Sektionsprotokolle von ca. 700 Verstorbenen der Anstalt ausgewertet und war im Rahmen dieser Untersuchung zur Erkenntnis gekommen: „[...] eine Zahl erscheint auffallend: 23,88pCt. der Verstorbenen waren Paralytiker.“ Plaseller, Friedrich: Die in den Jahren 1888 bis 1904 (bzw. 1911) in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke in Hall in Tirol Verstorbenen und deren Todesursachen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 51, 1913. S. 387-419, hier S. 419.

⁵³¹ Vgl. Riker, Sabine: Ausstellung in Göppingen. Mit Syphilis in die Psychiatrie. Stuttgarter Zeitung 9. Januar 2014. <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.ausstellung-in-goeppingen-museele-zeigt-sex-lust-und-syphilis.e37c5442-f0bf-4aae-8d63-e1b51d3c53f1.html> (Stand Oktober 2020)

Berühmtheiten der Zeit und der Einfluss der Erkrankung auf ihr Schaffen portraitiert – beispielsweise bei Friedrich Nietzsche oder Heinrich Heine.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen folglich ein weites und spannendes Themenfeld für zukünftige wissenschaftshistorische Forschungsarbeiten auf.

Auswirkungen des Krieges – Erschöpfungszustände

Ende Juli 1914 begann der Erste Weltkrieg und schnell machten sich die Auswirkungen auf die HPA Herborn bemerkbar. Da nicht nur vereinzelte Patienten, sondern auch angestellte Pflegekräfte und Ärzte in den Krieg zogen, wurde der Klinikbetrieb sehr in Mitleidenschaft gezogen. Die Sektionen blieben *„aufgrund von Pflegemangel“* größtenteils aus, ruhige Patienten und Patientinnen wurden als Pflegekräfte und Wachpersonal eingesetzt, Kriegsgefangene als Feldarbeiter. Teilweise wurden Neuzugänge aufgenommen, deren psychische Prädispositionen aus Kriegsangst zu Erkrankungen exazerbiert waren. Die kriegsbedingt eingeschränkte Infrastruktur außerhalb der Klinik erschwerte jedoch die Ankunft mancher neuer Patienten und Patientinnen. Vereinzelt wurden auch ehemalige Soldaten als Patienten aufgenommen. Ihre geringe Anzahl macht sich in den Statistiken jedoch nicht bemerkbar. Doch ist den Notizen in den Sektionsbüchern zu entnehmen, dass diese an Kriegstraumata litten und in Kriegsgefangenschaft gelebt hatten. Zudem wurden sie räumlich voneinander getrennt, um sich gegenseitig nicht zu sehr an die Kriegszeiten zu erinnern.

Der sogenannte Steckrübenwinter traf auch die HPA Herborn: Ab dem Jahr 1916 zeigte sich eine deutlich höhere Sterblichkeit. Erschwerend kamen rationierte Nahrungsmittellieferungen zugunsten der Frontsoldaten hinzu. Auch der anstaltsinterne Gutshof konnte die Versorgung der HPA Herborn nicht mehr sichern. Es wurde allerdings in keinem Fall als Todesursache „Tod durch Verhungern“ oder „...durch mangelnde Nahrung“ etc. vermerkt. Als am explizitesten formulierte Todesursache kann der gelegentlich zu lesende Tod durch „Inanition“ gewertet werden. Jedoch zeigte die Zusammenschau der Formulierungen für Todesursachen wie „Erschöpfung“, „Entkräftung“, „Marasmus“ und „Inanition“ gemeinsam mit den expliziten Berichten Snells und Beckers, in denen der Hunger der Behandelten klar formuliert wurde, dass es auch in der HPA Herborn zu einem signifikanten Hungersterben im Rahmen des Krieges

gekommen war. Auch traten Fälle der sogenannten „Pseudoskabies“ auf, einem hungerassoziierten Ausschlag, sowie vielfach beschriebene Mangelödeme.

Besonders deutlich wurde das Ausmaß des Sterbens durch Hinzunahme der Liste der *Krankenbewegung*. Hierdurch konnten auch die Zahlen der Verstorbenen in den Jahren mit aufgearbeitet werden, die in den Sektionsprotokollen nicht mehr dokumentiert waren. Es zeigte sich, dass im Jahr 1917 sogar 40% des gesamten Krankenbestandes verstarb – eine enorme Anzahl und verglichen mit den Jahren vor und nach dem Krieg signifikant erhöht. Zumindest im später veröffentlichten Artikel von Dr. Becker fand sich ein kurzer Hinweis auf eine möglicherweise eugenisch beeinflusste Einstellung zum Hungersterben: Der Tod der Verstorbenen sei aus nationalökonomischer Sicht zu verschmerzen gewesen. Diesbezügliche Stellungnahmen durch den Direktor Dr. Snell fanden sich aber keine.

Die während des Krieges Verstorbenen wurden, trotz meist ausgebliebender Sektion, namentlich und mit Todesursache im Sektionsbuch dokumentiert. Diese formulierten Todesursachen wurden folglich klinisch festgestellt. Eine Sektion brauchte es zur Feststellung der Todesursache also nicht zwingend, auch wenn sie, wie folgend noch erläutert werden soll, wohl zunächst hierfür eingesetzt wurde.

Nicht das gesamte gesammelte Material war statistisch ausreichend verwertbar: Besonders erschwerend waren wiederkehrende Lücken im Material (z.B. die fehlenden Akten der Frauen im zweiten untersuchten Zeitabschnitt) und die uneinheitliche Dokumentation (verwendete Synonyme der Todesursachen und im Sektionsbuch nicht aufgeführte Todesfälle, die erst durch die Akten auffielen). Trotzdem konnten aus den herausgearbeiteten und nachträglich in Kontext gestellten Todesursachen viele wichtige Schlüsse gezogen werden:

Die „Erschöpfung“ (und möglicherweise auch vereinzelt die „Herzlähmung“) umschrieb als Todesursache zumindest im ersten untersuchten Zeitabschnitt den Hungertod und traf laut Dr. Becker vor allem Erkrankte mit krankheitsbedingt hohem Energieumsatz (wie z.B. „Katatoniker“). Im zweiten untersuchten Abschnitt ist die „Erschöpfung“ dann jedoch nicht mehr als eigenständige Todesursache zu werten, da der Begriff meist als letzte Konsequenz eines Organversagens verschiedener Ursache verwendet wird.

Diese Ergebnisse bzgl. des Hungersterbens in der HPA Herborn bestätigen und ergänzen nachdrücklich die Erkenntnisse der umfangreichen und in dieser Dissertation häufig zitierten Publikation *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949* von Heinz Faulstich aus dem Jahr 1998.

Diagnosen

Viele der aufgearbeiteten Diagnosen sind heutzutage nicht mehr gängig: Der untersuchte Zeitraum fällt in eine Zeit, in der besonders der Begriff der Schizophrenie gerade neu formuliert worden war und die Benennung der schizophrenen Diagnosen folglich noch sehr unterschiedlich gehandhabt wurde und sowohl im Sinne Kraepelins, als auch nach der Definition von Bleuler formuliert wurden. Nach Abgleich mit dem zeitgenössischen Fachdiskurs ergibt sich hierdurch ein aus wissenschaftshistorischer Sicht interessanter und wichtiger Einblick in den Prozess der Definition von Diagnosen – den mal schleichenden, mal prompten Wechsel von Nomenklaturen, welche gleich bleibende Symptome immer wieder neu benennen und einordnen sollen. Die Terminologie zeigt sich hier also als Ausdruck wissenschaftlicher und vor allem auch kultureller Momentaufnahmen: In ihr werden Unklarheiten und ihre Klärungen deutlich. Hierdurch wird letztlich der lange und verwinkelte Prozess von Wissenschaft nachvollziehbar, der in diesem Falle zwar schon lange in der Vergangenheit stattgefunden hat, aber dessen formbare Beschaffenheit mit allen Sackgassen und Umwegen heute keine andere ist. Letztlich verdeutlicht dieser Aspekt der hiesigen Arbeit die „soziale Konstruktion von Krankheit“ – also, dass die Nosologie ein menschengemachtes Konstrukt darstellt und, wie andere kulturelle Leistungen auch, nicht losgelöst vom historischen Wandel zu betrachten sind.⁵³²

In der Wissenschaftsgeschichte ist dieses komplexe Thema zahlreich bearbeitet und beschrieben worden. Speziell im psychiatrischen Kontext soll hier besonders an die Arbeit von Volker Roelcke (speziell aus dem Jahr 2003 *Unterwegs zu Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation*) verwiesen werden.

⁵³² Vgl. Leven: Krankheiten – historische Deutung. 1998, S. 163.

Epidemien

In den untersuchten Materialien gab es Hinweise auf das Auftreten von Epidemien: Zwischen den beiden untersuchten Zeitabschnitten waren auch in der HPA Herborn Patienten und Patientinnen sowie Personal von der „Spanischen Grippe“ betroffen. Dies ging aus den späteren Berichten Snells an den Kommunallandtag des Regierungsbezirks Wiesbaden hervor. Welche genaueren Folgen diese Epidemie auf die HPA Herborn hatte, war bei lückenhaftem Material nicht aufzuarbeiten.

Im zweiten untersuchten Zeitabschnitt fiel in den Sektionsprotokollen ein Fall einer „Encephalitis epidemica“ auf. Dieser, später als Epidemie gewerteten Erkrankung wurde in Europa, trotz ihres folgeschweren Verlaufs, bis jetzt eher wenig Beachtung geschenkt. Hervorzuheben ist hier die 2018 erschienene Publikation von Paul Bernard Foley *Encephalitis lethargica – The Mind and Brain Virus*.

Die HPA Herborn scheint nicht stark von der „Encephalitis epidemica“ betroffen gewesen zu sein.⁵³³ Der eine Fall gibt jedoch Zeugnis über die weite Verbreitung der Erkrankung bis in kleine Landesspitäler. Die weitreichenden Spätfolgen in Form von ausgeprägtem Parkinsonismus sollten jedoch erst Jahrzehnte später aufgedeckt werden und sind somit nicht mehr Teil dieser Arbeit.

Sektionen

Es zeigte sich, dass die Sektionen in der HPA Herborn zu Beginn des Untersuchungszeitraums ab 1911 regelmäßig und mit vorgegebener Struktur durchgeführt wurden – sobald dies strukturell möglich war. Dies war der Fall, sobald das Leichenhaus im Herbst 1911 fertiggestellt war. Ab dann wurden die Sektionen fast lückenlos realisiert und diese Praxis erst zu Kriegsbeginn unterbrochen. Sowohl Dr. Becker als auch Dr. Snell beschreiben nachträglich den Pflegekräftemangel zu Kriegsbeginn, wodurch nur noch in vereinzelt speziellen Fällen Sektionen vollzogen wurden. Dies war zumindest einmal 1914 der Fall (und durch einen veröffentlichten Fallbericht von Dr. Becker belegt), als eine Todesursache nach fulminantem Krankheitsverlauf klinisch ungeklärt geblieben war. Die Sektionen dienten also durchaus auch der Sicherung der Todesursache. Die Psychiater handelten hier also so, wie

⁵³³ Wobei nur anhand der untersuchten Todesfälle natürlich nicht deutlich wird, wie viele Patienten und Patientinnen mit dieser Diagnose in der Klinik behandelt wurden, ohne dort zu versterben.

sezierende Ärzte in rein somatischen Fächern auch – lösten sich also durch die Erforschung der Körper vom rein psychiatrischen Kontext.

Gesichert ist die Dokumentation der Sektionen durch Dr. Erk aufgrund seiner Unterschrift unter den Protokollen und die aktive Sektionstätigkeit selbst durch Dr. Becker, der zumindest die in dem Fachartikel beschriebene Sektion selbst vollzogen hatte. Trotzdem brauchte es scheinbar zur Durchführung mehr assistierendes Personal als nur den Sezierenden, was durch das Ausbleiben bei Pflegekräftemangel in den Kriegsjahren deutlich wird.

Im zweiten untersuchten Abschnitt wurde zunächst wieder regelmäßiger seziert, jedoch findet sich zunehmend notiert, Sektionen seien ausgeblieben, da durch die Angehörigen der Verstorbenen abgelehnt, oder da die Leiche schon abgeholt worden sei. Am häufigsten steht aber keine Begründung vermerkt. Auch nach Aufarbeitung der exemplarischen Krankenakte liegt die Vermutung am nächsten, dass eine aktive Widerspruchsregelung bestanden haben könnte: es scheint, als musste seitens der Angehörigen einer Sektion *aktiv* widersprochen werden – sonst wurde der Leichnam kurz nach Versterben direkt seziert.

Die Sektionspraxis in der HPA Herborn unterlag wahrscheinlich auch einem wissenschaftlichen Anspruch an das Fach der Psychiatrie. Einen wichtigen Hinweis hierauf liefern die zahlreichen Publikationen durch Dr. Becker: Dieser betont in einer seiner Publikationen sogar explizit, dass auch Psychiater in Landesspitälern an den langwierigen Krankheitsverläufen der Patienten und Patientinnen forschen können, da sie vor allem hier den Ausgang der Krankheiten und die Therapieversuche bei fortgeschrittenen Krankheitsstadien besser untersuchen können:

„Nicht nur diagnostisch und symptomatisch bilden unsere „alten Fälle“ ein interessantes, von dem der Universitätsklinik verschiedenes Material, sondern auch therapeutisch sind sie beachtenswerte Objekte.“⁵³⁴

Als weiterer Hinweis auf den wissenschaftlichen Anspruch der Ärzte der HPA Herborn kann zudem auch die Kooperation mit den Pathologischen Instituten in Marburg und der Universität in Frankfurt am Main gewertet werden. Zwar wurden hier teilweise scheinbar auch Präparate zur Sicherung ungeklärter Todesursachen hingeschickt, aber auch

⁵³⁴ Becker, Werner H.: Ketzergedanken eines Psychiaters. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 8, 20. Mai, Halle a. S., 1911/1912, S. 69-71, hier S. 70.

Forschungsfragen der Marburger Pathologie wurden durch Präparatzusendungen unterstützt. Hier bleibt zu vermuten, dass der damalige Leiter des Pathologischen Instituts in Marburg Max Versé nach zahlreichen früheren Publikationen zu syphilitischen Arteriitiden, diesem Thema weiterhin wissenschaftliches Interesse schenkte.

Weshalb vereinzelte Hirne in die Universität nach Frankfurt geschickt wurden, konnte nicht abschließend herausgefunden werden: Es handelte sich hierbei um vier Präparate (zwei 1927 und zwei 1928), zu denen jedoch die Krankenakten der verstorbenen Patientinnen nicht mehr erhalten waren, um weiterführende Informationen, wie z.B. Voraufenthalte oder Diagnosen, herauszufinden. Denkbar wäre beispielsweise, dass betreffende Sezierte aus der Universität in Frankfurt in die HPA Herborn verlegt worden waren und ein Forschungsinteresse seitens der Frankfurter Kollegen bestand, speziell die Hirne dieser Personen zu untersuchen. Zudem wurde, wie schon beschrieben, im Oktober 1931 eine Kooperation zwischen der Universitätsnervenklinik Frankfurt und dem Bezirksverband Hessen-Nassau als Träger u.a. der HPA Herborn eingerichtet, welche eine vom Bezirksverband finanzierte Prosektur betrieb. Die hier aufgeführten 1927 und 1928 nach Frankfurt versendeten Hirne könnten ein Hinweis auf eine schon zuvor bestehende Kooperation zwischen der Frankfurter Nervenklinik und der HPA Herborn sein. Hier zeichnet sich ein spannendes und bestimmt ergiebiges Thema für weitere Forschungsvorhaben ab.

Am Beispiel des häufig zitierten Oberarztes Dr. Becker lässt sich ein Eindruck von den Aufgaben und Funktionen der Psychiater einer Landesanstalt und speziell der HPA Herborn gewinnen: Neben der Aufnahme, Betreuung und Therapie der Kranken kooperierte er mit deren Angehörigen,⁵³⁵ publizierte teilweise Fallbeschreibungen und eigene Definitionen von Krankheiten in Fachzeitschriften,⁵³⁶ schrieb Fachbücher und führte vor allem selbst die Sektionen der Verstorbenen durch, mit teilweise spezifischen Fragestellungen, meist jedoch in alltäglicher klinischer Routine.

⁵³⁵ Vgl. Becker, Werner H.: Briefe an Angehörige von Geisteskranken. Berlin, S. Karger, 1917, besprochen bei Buchbesprechungen. In: Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, Nr. 33/34, 10. November, Halle a.S., 1917/1918, S. 220-221, hier S. 221.

⁵³⁶ Vgl. Becker, Werner: Die Prognose der Melancholie. In: Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 40, Berlin, 1912, S.1898-1900, und ders.: Zur Differenzialdiagnose von angeborener und in reiferem Alter erworbener Demenz. (Fortschr. d. Med., Nr.2), 26. Oktober, 1916, welches als „lesenswert“ besprochen wird in Mitteilungen. Referate. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 25, Halle a. S., 1917, S. 158.

Familienpflege

Im zweiten Untersuchungsabschnitt wurde bei vereinzelten Todesfällen notiert, dass eine Sektion ausfiel, da der Patient oder die Patientin im Krankenhaus in Usingen verstorben war. Bei weiteren, dieser im Krankenhaus in Usingen Verstorbenen hieß es zudem, dass sie als „Familienpfleglinge“ dort waren.

Wie auch in anderen psychiatrischen Anstalten der Zeit üblich, wurden Patienten und Patientinnen der HPA Herborn in Familienpflege gegeben, was ab 1927 auch in der Liste *Krankenbewegung* dokumentiert ist. Diese Vorgehensweise wurde allgemein einerseits als Therapie und als Wiedereingliederung ins soziale Leben außerhalb der Klinik begründet, andererseits war sie sowohl für die Anstaltsleitung als auch für die aufnehmenden Familien finanziell attraktiv.⁵³⁷ Die Familienpflege war zur untersuchten Zeit und ist aktuell historisch auch wiederkehrend Thema zahlreicher wissenschaftlicher Arbeiten, wie z.B. bei Monika Ankeles Forschungsarbeit aus dem Jahr 2019 *„Familienpflege“ und „aktivere Krankenbehandlung“: Alltagsgeschichtliche Perspektiven auf das Konzept von Arbeit als Therapie in der Psychiatrie der 1920er Jahre*.

Wie sich an den Statistiken zeigt, verstarben also vereinzelt Patienten und Patientinnen auch während ihres Aufenthaltes in den Familien aus unterschiedlichen Gründen. Es kann vermutet werden, dass es möglicherweise in Bezug auf die Familienpflege eine Kooperation zwischen der HPA Herborn und der Stadt Usingen oder dem Hochtaunuskreis gegeben haben könnte – außerhalb des ehemaligen Bezirkskommunalverbandes Wiesbaden. Weitere Hinweise hierauf lieferte das untersuchte Material jedoch nicht. Die Familienpflege in der HPA Herborn stellt ein eigenes noch zu untersuchendes Kapitel der Anstaltsgeschichte dieser Klinik dar.

Patienten und Patientinnen

Durch die Auswertung der Materialien und die beispielhaft vorgestellte Krankenakte zeichnet sich schemenhaft ein Bild des Lebens ab, welches die Kranken in der HPA Herborn geführt haben mögen: Einerseits war die Anstalt für die Landbevölkerung die erste Anlaufstelle, wenn sie selbst oder Angehörige psychisch erkrankt waren und Hilfe benötigten, weil z.B. die Versorgung durch die Angehörigen nicht mehr möglich war. Die

⁵³⁷ Vgl. Ankele: Familienpflege. 2019, S. 59-73, hier S. 62.

bei Konzeption der Anstalt eingeplanten besser situierten Selbstzahler blieben jedoch aus. Andererseits wurde deutlich, dass schon bald nach Eröffnung der Klinik Krankentransporte mit schwer vorerkrankten Personen aus der *Städtischen und Universitätsklinik für Gemüts- und Nervenkranken* in Frankfurt in der HPA Herborn ankamen. Diese verlegten Kranken verstarben teilweise schon kurz nach Aufnahme in der HPA Herborn. Gerade dieser Umstand, dass es doch auffällig häufig zu so unmittelbarem Tod nach Verlegung kam, hinterlässt den Eindruck, dass die „austherapierten“ Kranken in den städtischen Anstalten regelrecht aussortiert wurden. Nach Auswertung der Todesfälle in der HPA Herborn kann vermutet werden, dass unter diesen Transportierten zahlreiche Erkrankte waren, die womöglich nur noch ihre letzten Tage in der HPA Herborn verweilen sollten. Eine besonders große Hoffnung auf ihre erfolgreiche Therapie scheint nicht bestanden zu haben: Vielmehr scheint der Platz für weitere vielleicht frischer Erkrankte „freigeräumt“ worden zu sein.

Im Gegensatz dazu verbrachten andere noch etliche Jahre ihres verbleibenden Lebens in der Anstalt. Je nach Zustand und sozialem Umfeld wurde Besuch der Angehörigen empfangen oder in Briefform Kontakt gehalten – teilweise durch die Erkrankten selbst, aber auch durch die Ärzte. Insgesamt wurde jedoch deutlich, dass die HPA Herborn, trotz womöglich wissenschaftlichem Anspruch seitens der Ärzte, die Funktion einer Detentionsanstalt innehatte.

An dieser Stelle ist besonders auf die im Vorfeld schon zahlreich zitierte, 2011 von Christina Vanja herausgegebene Publikation mit dem Titel *100 Jahre Psychiatrie in Herborn* zu verweisen, welche zum 100-jährigen Bestehen der Klinik 2011 erschienen ist und einen dezidierten Einblick in verschiedene Aspekte der HPA Herborn von Gründung an bis in die Gegenwart ermöglicht.

8. Fazit

In dieser Arbeit ist der Zugang zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie auf Basis von anstaltsinternen Sektionsprotokollen der HPA Herborn erfolgreich umgesetzt worden. Dieser Zugang erfolgte über die Verstorbenen der Klinik – also darüber, was ihre Körper über ihr Leben und Sterben verrieten.

Der durch die Sektionsprotokolle festgelegte Untersuchungszeitraum von 1911 bis 1930 erwies sich, trotz Lücke, als besonders interessant: Es ergaben sich reichhaltige Einblicke in das Anstaltsgeschehen der HPA Herborn zunächst in den letzten Jahren des Kaiserreichs, oder, wie es Dr. Becker später formulierte, einer „*im Zeichen des Ueberflusses und Wohllebens stehende[n] Friedenszeit*“⁵³⁸, dann während des Ersten Weltkrieges, bis schließlich zum Ende der Weimarer Republik.

Die Ergebnisse dieser Arbeit ermöglichen einen fundierten Einblick in verschiedenste Bereiche der HPA Herborn: In die Sektionspraxis im psychiatrischen Kontext sowie die hierdurch von den Herborner Psychiatern beschriebenen Diagnosen und Todesursachen, welche überraschend und eindrücklich den Einfluss der Syphilis auf die Psychiatrie der untersuchten Zeit historisch deuten ließen. Diese Erkrankung bot nicht zuletzt durch die Besonderheit ihres letalen Ausgangs ein sehr passendes und extremes Modell für Griesingers richtungsweisenden Satz der „*Geisteskrankheit als Gehirnkrankheit*“.

Weitere herausgearbeitete Diagnosen, wie die Schizophrenie, zeigten, welche wichtige Rolle der Paradigmenwandel in der Wissenschaftsgeschichte einnimmt und wie reichhaltig seine Analyse ist. An ihrem Beispiel ließ sich verdeutlichen, dass Diagnosen keine von Kultur und Zeitgeschichte entkoppelte, rein biologische Entitäten darstellen, sondern stets einem historischen Wandel unterliegen.

Noch vieles mehr war durch die Auswertung der Sektionsprotokolle ersichtlich: Es konnte ein Eindruck davon gewonnen werden, wie die Patienten und Patientinnen speziell in der HPA Herborn lebten und starben. Gerade die dokumentierten „Erschöpfungszustände“ zeigten grausame Todesumstände auf: Es konnten die dramatischen Folgen des Hungers zu Kriegszeiten herausgearbeitet werden, welche desolate Zustände in der HPA Herborn und damit unendliches Leid der dort ausharrenden Patienten und Patientinnen verursachten.

⁵³⁸ Becker: Wirkung des Krieges, 1920, S.9.

Aber auch weitere Erkenntnisse zu den Lebensumständen der in der HPA Herborn Behandelten, wie Aufenthalte in „Familienpflege“ oder Infektionskrankheiten ergänzten den Gesamteindruck.

Die im zweiten untersuchten Zeitabschnitt abnehmende Sektionstätigkeit korreliert mit neuen Kooperationen der HPA Herborn mit dem Marburger Pathologischen Institut und der Universitätsklinik in Frankfurt am Main. Präparate Verstorbener aus der HPA Herborn wurden eingeschickt, histopathologische Beurteilungen kamen zurück. Es entstand ein reger wissenschaftlicher Austausch, der weitere Erkenntnisse über die Erkrankungen der Verstorbenen und Sezierten ermöglichte. Die zurückgegangene Sektionstätigkeit kann als Indiz dafür gewertet werden, dass diese als wissenschaftliche Methode in ländlichen psychiatrischen Anstalten an Relevanz verloren oder die personellen Möglichkeiten überfordert hatte. Die begonnenen Kooperationen erbrachten jedoch möglicherweise bessere und weiterreichende wissenschaftliche Erkenntnisse. Die eigene Sektionstätigkeit in der HPA Herborn kann als ein früher Versuch der dort tätigen Mediziner verstanden werden, zwischen den Fragestellungen der Psychiatrie und der Somatik wissenschaftlich verknüpfende Methoden anzuwenden – zwischen auseinanderstrebenden Gebieten der Medizin, die unzweifelhaft miteinander verbunden bleiben sollten.

9. Zusammenfassung

9.1. Zusammenfassung

Im Jahr 1911 wurde im hessischen Herborn aufgrund stetig steigender Krankenzahlen eine neue Heil- und Pflegeanstalt (HPA) gegründet. Von Beginn an wurden alle Todesfälle in der Klinik genauestens dokumentiert und, sobald die strukturellen Gegebenheiten es zuließen, die Verstorbenen in aller Regel auch seziert. So entstanden zwischen 1911 und 1930 Sektionsprotokolle (mit einer Lücke von 1917 bis 1926), die durchgeführte, aber auch ausgebliebene Sektionen dokumentierten.

In dieser Arbeit richtet sich die primäre Frage danach, *welchen Erkenntnisgewinn diese Sektionen in der psychiatrischen Anstalt erbrachten*. Interessant ist hier neben der Sektionspraxis selbst und den Umständen, unter denen sie stattfand, der Inhalt der Sektionsprotokolle. Auf Basis dieser Quelle wird schließlich ein Teil der Anstaltsgeschichte der HPA Herborn, aber auch der Psychiatriegeschichte von 1911 bis 1930 aufgearbeitet werden.

Hierzu wurden zunächst die Todesursachen und Diagnosen untersucht, auch mit Blick auf zeitgeschichtliche Umstände wie den Ersten Weltkrieg, welche einen großen Einfluss auf das Anstaltsgeschehen und die dort praktizierten Sektionen hatten. Diese Auswertung wurde schließlich durch die Krankenakten und Bestandslisten ergänzt und im Licht der zeitgenössischen Fachliteratur diskutiert.

Die Sektionen in der HPA Herborn wurden zu Beginn des Untersuchungszeitraums ab 1911 regelmäßig und mit vorgegebener Struktur durchgeführt. Erst zu Kriegsbeginn, insbesondere aufgrund des Pflegekräftemangels, wurde diese Praxis unterbrochen. Im zweiten untersuchten Abschnitt wurde ab 1927 zunächst zwar wieder regelmäßiger seziert, jedoch blieben zunehmend Sektionen ohne dokumentierte Begründung aus. Hinzu kamen Fälle, bei denen die Angehörigen der Verstorbenen Sektionen abgelehnten. Die Sektionen dienten insbesondere der Bestimmung der Todesursache. Die Psychiater handelten hier also so wie sezierende Ärzte in rein somatischen Fächern. Sie suchten damit den wissenschaftlichen Anspruch der Psychiatrie zu unterstreichen und diese hierdurch schrittweise als medizinisches Fach zu etablieren. In dieser Arbeit wurde ein solcher wissenschaftlicher Anspruch der Herborner Psychiater durch die umfangreiche Publikationstätigkeit des dortigen Arztes Werner H. Becker belegt. Außerdem konnte

eine fachliche Kooperation der HPA Herborn mit den Pathologischen Instituten in Marburg und der Universität in Frankfurt am Main aufgezeigt werden.

Nach Auswertung der Daten werden die vorherrschende Rolle der Syphilis in der Psychiatrie Anfang des 20. Jahrhunderts, der nosologische Prozess der Benennung der Schizophrenie sowie nicht zuletzt als „Erschöpfungszustände“ subsummierte Todesursachen deutlich:

In fortgeschrittenen Stadien der Syphilis Erkrankte wurden aufgrund ihrer psychischen Symptome in psychiatrische Anstalten wie die HPA Herborn eingewiesen. Jedoch hatte diese Erkrankung solch destruktive somatische Folgen, dass die Betroffenen hieran schließlich auch verstarben. Die Auswertung der Protokolle zeigt, dass der Anteil der im untersuchten Zeitabschnitt mit oder an einer Syphilis Verstorbenen bedeutend größer als bislang bekannt war: mit bis zu 48% im Jahr 1913 betraf dies fast die Hälfte aller dort Verstorbenen. Diese klinische Relevanz der Syphilis spiegelt sich auch im zeitgenössischen Fachdiskurs anhand zahlreicher Artikel und Forschungsprojekte wider. Als weiteres Ergebnis konnte der nosologische Prozess des Schizophrenie-Begriffs anhand der Protokolle nachvollzogen und herausgearbeitet werden: Während zu Beginn noch der Begriff der „Dementia praecox“ verwendet wurde, findet sich in den späteren Jahren vermehrt der Begriff der Schizophrenie.

In den Kriegsjahren wurde der grausame Hungertod zahlreicher Patienten und Patientinnen in der HPA Herborn durch unterschiedlich formulierte „Erschöpfungszustände“ als Todesursachen dokumentiert und schließlich kaschiert. Dies zeigt sich besonders eindrücklich während des Kriegsjahres 1917, als etwa 40% des gesamten Krankenbestandes verstarb.

Neben der im Rahmen der Verwissenschaftlichung der Psychiatrie im Vordergrund stehenden Sektionstätigkeit konnte im Verlauf der Arbeit, nicht zuletzt durch die Aufarbeitung einer exemplarischen Krankenakte, auch ein schemenhaftes Bild des Lebens der Kranken in der HPA Herborn herausgearbeitet und neu gedeutet werden, auf welche Weise dieses schließlich oft zu Ende gegangen war.

Auf Basis von Sektionsprotokollen und Krankenakten ist in dieser Arbeit ein Zugang zur Geschichte der deutschen Anstaltspsychiatrie im frühen 20. Jahrhundert gelungen. Die zahlreichen Ergebnisse dürften für zukünftige Forschungsarbeiten von Interesse bleiben.

9.2. Summary

In 1911 a new sanatorium and nursing home (Heil- und Pflegeanstalt, HPA) was founded in Herborn (Hesse, Germany) due to a steady increase in the number of patients. From the very beginning all deaths in the clinic were documented in detail and as soon as structural conditions permitted the deceased were usually dissected. Thus, between 1911 and 1930 (with a gap from 1917 to 1926), autopsy protocols were created which documented autopsies that had been performed, but also those who had not.

In this thesis the primary question is *what knowledge was gained from these autopsies in the psychiatric institution*. In addition to the autopsies and the circumstances under which they were carried out, the content of the protocols is of interest. Based on this source a part of the history of HPA Herborn from 1911 to 1930, but also a part of the history of psychiatry will be explored.

For this purpose the diagnoses and causes of death were evaluated, also concerning historical circumstances such as World War I, which had a great influence on the institutions' activities and the work on autopsies. Numerous medical records, inventory lists and contemporary medical journals supplemented the evaluation.

The autopsies in HPA Herborn were carried out regularly with a fixed structure starting from the analyzed period in 1911. With the beginning of the war especially due to the shortage of nursing staff this practice was interrupted. During the second period under investigation beginning in 1927 autopsies were carried out more regularly, however with an increasing number of non-performed autopsies without any further explanation. In other cases relatives of the deceased refused the autopsy.

The autopsies served in particular to determine the cause of death. Psychiatrists implemented dissections just as doctors of mere somatic fields. Their aim was to underline the scientific claim of psychiatry and to gradually establish this medical subject. In this thesis the scientific claim of the Herborn psychiatrists is demonstrated by the numerous publications of the local doctor Werner H. Becker. In addition, a professional cooperation of HPA Herborn with the pathological institutes in Marburg and the university in Frankfurt am Main was revealed.

The evaluation of the data identified syphilis as a predominant medical condition in psychiatric hospitals as well as the nosological process of the term schizophrenia and, not

at least, different terms of causes of death summarized as "states of exhaustion" ("Erschöpfungszustände"):

Patients suffering from advanced stages of syphilis were admitted to psychiatric institutions such as HPA Herborn because of their mental symptoms. However this disease was associated with such severe somatic consequences that those affected eventually died. Evaluating the protocols showed that the proportion of those who died with or from syphilis in the period under investigation was significantly higher than previously known: by up to 48% in 1913 these are almost half of those who died. This clinical relevance of syphilis is also reflected in the contemporary medical discourse in numerous articles and research projects.

As a further result the nosological process of the concept of schizophrenia was traced and elaborated based on the protocols: While the term "dementia praecox" was still used in the beginning, the term schizophrenia is increasingly found later on.

During the years of war, the cruel death by starvation of numerous patients at HPA Herborn was documented and finally hidden by naming "states of exhaustion" as actual causes of death. This is particularly evident during the year of war 1917, when about 40% of all patients died in HPA Herborn.

In addition to the autopsies, which were important for the scientific process of psychiatry, not at least by processing an exemplary medical record it was possible to work out a vague picture of patients' lives in HPA Herborn and to explore how these eventually had come to an end.

In this thesis an access to the history of German institutional psychiatry in the early 20th century is provided based on the institutions' autopsy protocols and medical records. The numerous results should remain of interest for future research.

10. Quellen- und Literaturverzeichnis

Archivalien

Archiv des LWV, Bestand: B15, Sektionsprotokolle Herborn, 1911-1916, 1927-1930.

Archiv des LWV, Bestand: K15, Patientenakten Heil- und Pflegeanstalt, 1911-1930.

Archiv des LWV, Bestand: B15, Liste Krankenbewegung, Akte Nr. 00172.

Archiv des LWV, Sammlung Rohrbeck.

Archiv des LWV, Bestand: B13, Aktennummer: 0230, Standort: 13 (Haina), Erweiterungsbauten beim Landeshospital Haina (ab 1927 Landesheilanstalt), wie Neubau von Krankenhäusern, eines Ärztewohnhauses, eines Leichen- und Sektionshauses, Bd. 1.

HStAM, Bestand: 180 Melsungen, Nr. 3364, Vorschriften zur Leichenschau und Obduktionen sowie Bestellung der Leichenbeschauer, 1895-1927.

Institut für Stadtgeschichte in Frankfurt am Main, Magistratsakten, Signatur 2744, Aktenzeichen 7210, Band 1, Blätter 23-28.

Primärliteratur

Alt, Konrad: Das neueste Ehrlich-Hatapräparat gegen Syphilis. In: Münchner medizinische Wochenschrift. Band 57, München, J.F. Lehmann, 1910, S. 561-564.

Alzheimer, Alois: Die syphilitischen Geistesstörungen. VII. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 1. und 2. Juni 1909. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Berlin, Georg Reimer, 1909, S. 920-924.

Aschaffenburg, Gustav: Correferat über Katatonie. 29. Versammlung des Vereins der südwestdeutschen Irrenärzte zu Karlsruhe. 7. November 1898. In: Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. XXI: Jahrgang, IX. Band, Coblenz & Leipzig, W. Groos, S. 13-15.

Aschaffenburg, Gustav: Die Katatoniefrage. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 54, Berlin, Georg Reimer, 1898, S. 1004-1025.

Aschaffenburg, Gustav: Ueber die klinischen Formen der Wochenbettpsychosen (sic). In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 58, Berlin, Georg Reimer, 1901, S. 337-356.

Bayle, Antoine Laurent Jessé: Recherches sur les maladies mentales. Paris, Didot le Jeune, 1822.

Bechterew, W. v.: Ueber die syphilitische disseminirte (sic), cerebrospinale Sklerose nebst Bemerkungen über die secundäre Degeneration der Fasern des vorderen Kleinhirnschenkels, des centralen Haubenbündels und der Schleifenschicht. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 28, Berlin, August Hirschwald, 1896, S. 742-772.

Becker, Werner H.: Briefe an Angehörige von Geisteskranken. Berlin, S. Karger, 1917.

- Becker, Werner H.: Die Syphilis des Gehirns und ihre Abart: die progressive Paralyse der Irren. Krankheitsbild, Vorbeugungsmaßregeln und Behandlungsweise. (Medizin für alle. Eine Sammlung gemeinverständlicher wissenschaftlicher Abhandlungen) Berlin, Adler-Verlag GmbH.
- Becker, Werner H.: Die Wirkung des Krieges auf unsere Geisteskranken. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 61., Heft 1 August 1919, Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1920, S. 1-11.
- Becker, Werner H.: Die Prognose der Melancholie. In: Berliner klinische Wochenschrift. Nr. 40, Berlin, August Hirschwald, 1912, S. 1898-1900.
- Becker, Werner H.: Ketzergedanken eines Psychiaters. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 8, 20. Mai, Halle a. S., Carl Marhold, 1911/1912, S. 69-71.
- Becker, Werner H.: Kriegspsychosen. In Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 29/30, 24. Oktober 1914/1915, Halle a. S., Carl Marhold, S. 295-298.
- Becker, Werner H.: Zur Differenzialdiagnose von angeborener und in reiferem Alter erworbener Demenz. Fortschr. d. Med., Nr.2, 26. Oktober, 1916.
- Benedikt, Moritz: Ueber Aetiologie, Prognose und Therapie der Tabes. In: Wiener Medizinische Presse, Jahrgang 22, Wien, Urban & Schwarzenberg, 1881, S. 1-5, 40-42, 101-105, 135-139.
- Bericht über die Psychiatrische Section der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte und die Sitzung des deutschen Vereins der Irrenärzte in Innsbruck im September 1869. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, II. Band, Berlin, August Hirschwald, 1870, S. 499-505.
- [Bericht über die] Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 60, Berlin, Georg Reimer, 1903, S. 905-931.
- Binswanger, Otto; Siemerling, Ernst: Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage, Jena, Gustav Fischer, 1911.
- Blaschko, Alfred: Prostitution und venerische Krankheiten. Hygiene der Prostitution und der venerischen Krankheiten, Handbuch der Hygiene, Band 10, Gustav Fischer, Jena, 1900.
- Bleuler, Eugen; Jahrmärker, Maximilian: Dementia praecox. Vortrag bei der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Berlin, 24. April 1908. In: Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 10, Nr. 2, Halle a. S., Carl Marhold, 1908, S. 106-108.
- Bleuler, Eugen: Zur Sectionsfrage. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. 3. Jahrgang, Nr. 19, Halle an der Saale, Carl Marhold, 3. August 1901, S. 199.
- Boethke, Julius: Das neuzeitliche Krankenhaus im Dienst des ‚Werkbaues‘ In: Deutsche Bauzeitung, Jahrgang 51, Berlin, Verlag Deutsche Bauzeitung, 29. August 1917, S. 345-347.
- Bonhoeffer, Karl: Eröffnungsrede vor dem Deutschen Verein für Psychiatrie. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 76, 1920/1921, S. 595-598.
- Bonhoeffer, Karl: Über die Abnahme des Alkoholismus während des Krieges. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 41, Berlin, S. Karger, 1917, S. 382-385.

Bresler, Johannes: Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. 2. Band, Halle, 1912.

Bresler, Johannes: Die Bedeutung der Irrenstatistik. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Erster Jahrgang, Halle a. Saale, Carl Marhold, 1899/1900, S. 224-225.

Buchbesprechungen. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift Nr. 17/18, 2. August Halle a. S., Carl Marhold, 1919/1920, S. 137-138.

Buchbesprechungen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 33/34, 10. November, Halle a. S., Carl Marhold, 1917/1918, S. 220-221.

Burckhardt, W.: Die Penicillinbehandlung der Syphilis. In: Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. Vorträge des Fortbildungskurses der dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München vom 23.-28. Juli 1951, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag GmbH, 1952, S. 223-232.

Deiters: Dritter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Nach den Anstaltsjahresberichten erstattet. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 41, Halle a. Saale, Carl Marhold, 7. Januar 1905, S. 397-403, 409-414, 424-429.

Economo, C. v.: Die Encephalitis lethargica. In: Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. Organ des Vereins für Psychiatrie und Neurologie Wien. Festschrift zur Feier des 70. Geburtstages von Hofrat Prof. Dr. H. Obersteiner. Band 38, 1. Heft, Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1917, S. 253-331.

Edinger, Ludwig: Die Aufbrauchkrankheiten des Nervensystems. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Jahrgang XXXI, Leipzig, Georg Thieme Verlag, 1905, S. 4-6, 135-138.

Ehrlich, Paul: Allgemeines über Chemotherapie. In: Verhandlungen des Deutschen Kongresses fuer Innere Medizin 27, Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1910, S. 226-234.

Ehrlich, Paul: Anwendung und Wirkung von Salvarsan. Vortrag gehalten am 8. Dezember 1910 im ärztlichen Fortbildungskurse in Frankfurt am Main. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, Nr. 53, Leipzig, Georg Thieme, 29. Dezember 1910, S. 2437-2438.

Ehrlich, Paul: Chemotherapie von Infektionskrankheiten. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. Sechster Jahrgang, Nr. 23, 1. Dezember, Jena, Gustav Fischer, 1909, S. 721-733.

Ehrlich, Paul: Die Trypanosomen und ihre Bekämpfung. In: 40. Bericht der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft, Frankfurt am Main, Selbstverlag der Senckenbergischen Naturforschenden Gesellschaft, 1909, S. 108-111.

Ehrlich, Paul; Bertheim, Alfred: Über das salzsaure 3.3-Diamino-4.4-dioxy-arsenobenzol und seine nächsten Verwandten. In: Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft. Band 45, Nr. 1, 1912, S. 756-766.

Erb, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen (1864-1910). 1. Band, Leipzig, F.C.W. Vogel, 1910.

Erb, Wilhelm: „Tabes“. Rückschauende und nachdenkliche Betrachtungen. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 47. und 48. Band, Leipzig, F.C.W. Vogel, 1913, S. 74-101.

Erb, Wilhelm: Über Sehnenreflexe bei Gesunden und bei Rückenmarkskranken. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band V, Berlin, August Hirschwald, 1875, S. 792-802.

Erb, Wilhelm: Zur Pathologie der Tabes dorsalis. In: Deutsches Archiv für klinische Medizin. Band 24, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1879, S. 1-52.

v. Esmarch, Friedrich; Jessen, Peter Willers: Syphilis und Geistesstörung. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 14, Heft 1, Berlin, August Hirschwald, 1857, S. 20-36.

Finger, Ernst : Die Nebenwirkungen des Salvarsans. In: Wiener medizinische Wochenschrift. Band 62, Wien, Moritz Perles, 1911, S. 2701-2708.

Fischer, Oskar: Gibt es eine Lues nervosa? In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien. Band 16, Berlin, Julius Springer, 1913, S. 120-142.

Fleck, Ludwig: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Theorie. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv (1935). Frankfurt am Main, Suhrkamp, 2012.

Fleming, Alexander: On the antibacterial action of cultures of a penicillium, with special reference to their use in the isolation of B. influenzae. British Journal of Experimental Pathology 10 (3), 1929, S. 226-236.

Foley, Paul Bernard: Encephalitis lethargica. The Mind and Brain Virus. New York, Springer, 2018.

Forel, August: Die Sexuelle Frage. Volksausgabe. Verlag von Ernst Reinhardt in München, 1913, S. 117.

Fournier, Alfred: De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Paris, G. Masson, 1876.

Giffin, Karen; Lancapalli, Aditya Kumar; Sabin, Susanna et al.: A treponemal genome from an historic plague victim supports a recent emergence of yaws and its presence in 15th century Europe. Scientific Reports 10, 94499, 11. Juni 2020.

Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Erster Band. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen. Berlin, Verlag von August Hirschwald, 1872.

Griesinger, Wilhelm: Ueber Irrenanstalten und deren Weiter-Entwicklung in Deutschland. In: Griesinger, Wilhelm: Gesammelte Abhandlungen. Psychiatrische und Nervenpathologische Abhandlungen. Erster Band, Berlin, August Hirschwald, 1872, S. 266-309.

Gruhle, Hans Walter: Psychiatrie für Ärzte. Fachbücher für Ärzte, Band III, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag GmbH, 1918.

Guttmann, Walter: Medizinische Terminologie. Ableitung und Erklärung der gebräuchlichsten Fachausdrücke aller Zweige der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften. Berlin/Wien, Urban & Schwarzenberg, 1902.

Hanse, A.: Nervöse und psychische Störungen bei Tuberkulose. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 69., Berlin, Springer, 1923, S. 278-336.

Hecker, Ewald: Diagnostik und Prognostik der psychischen Krankheiten. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 33, Heft 5 und 6, Berlin, Georg Reimer, 1877, S. 602-620.

Heilbronner, Karl: Ueber Krankheitsdauer und Todesursachen bei der progressiven Paralyse. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Band 51, Berlin, Georg Reimer, 1895, S. 20-97.

Hoffmann, W. H.: Die Uebertragung der Syphilis auf Kaninchen mittels reingezüchteter Spirochäten vom Menschen. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 34, 24, Leipzig, Georg Thieme, August 1911, S. 1546-1547.

Hübner: Zur Lehre von den syphiligen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, 23. und 24. April 1909. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 11, Halle a.S., Carl Marhold, 1909/1910, S. 77-78.

Jacobj, Carl.: Erschöpfung und Ermüdung. In: Münchner Medizinische Wochenschrift Band 62, Feldärztliche Beilage Nr. 14, München, Verlag von J.P. Lehmann, 1915, S. 481-485.

Jacobson, Leo: Klinik der Nervenkrankheiten. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag GmbH, 1913.

Jolly, Ph.: Beitrag zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 48. Band, Berlin, August Hirschwald, 1911, S. 792-823.

Kahlbaum, Karl: Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten. I. Heft Die Katatonie oder das Spannungsirresein – Eine klinische Form psychischer Krankheit, Berlin, August Hirschwald, 1874.

Kerner, Nadeschda: Zur Mortalität der Dementia praecox. In: Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 12, Halle a. S., Carl Marhold 1910/1911, S. 401-405.

Klieneberger, Otto: Erfahrungen über Salvarsanbehandlung syphilitischer und metasymphilitischer Erkrankungen des Nervensystems. In: Berliner Klinische Wochenschrift, Nr. 10, Band 49, Teil 1, Berlin, August Hirschwald, 4. März 1912, S. 443-447.

Knust, W.: Wie können unsere Irrenanstalten verwertet werden? In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 3/4, Halle a. S., Carl Marhold, 26. April 1919, S. 15-17.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Zweite, gänzlich umgearbeitete Auflage, Leipzig, Ambr. Abel, 1887.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 7. Auflage, Band 1, Leipzig, Johann Ambrosius Barth, 1903.

Kraepelin, Emil: Psychiatrie. Band 1, Barth, Leipzig, 1927.

Kraepelin, Emil: Zur Diagnose und Prognose der Dementia praecox. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 56, Berlin, Georg Reimer, 1899, S. 254-259.

v. Krafft-Ebing, Richard: Die allgemeine Progressive Paralyse. Wien, Alfred Hölder, 1894.

v. Krafft-Ebing, Richard: Zur Kenntnis des paralytischen Irreseins beim weiblichen Geschlecht. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band VII, Heft 1, Verlag von August Hirschwald, Berlin 1876, S. 182-188.

Krewer, L.: Zur Diagnostik der Hirnlues. In: St. Petersburger Medicinische Wochenschrift Nr. 45, St. Petersburg, A. Wienecke, 1910, S. 616-619.

Landsbergen, Fr.: Lues cerebri und progressive Paralyse, ein klinischer und anatomischer Beitrag. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Nr. 29, Basel, Karger, 1911, S. 147-161.

Lesser, Edmund: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten für Studierende und Ärzte. Leipzig, F.C.W. Vogel, 1906.

Ludwig, Georg: Die Ueberfüllung der Landes-Irrenanstalten Hofheim und Heppenheim. Ihre Ursachen und Folgen für die Mittel der Abhülfe. Im Auftrag des Curatoriums der Unterstützungskasse für bedürftige Pfleglinge der Großh. Landes-Irrenanstalt. Stadtallendorfsche Buchdruckerei, 1886.

Mahoney, J. F.; Arnold, R.C.; Harris, A.: Penicillin Treatment of Early Syphilis. A Preliminary Report. In: American Journal of Public Health and the Nation's Health. Vol. 33, No. 12, Dec. 1943, S. 1387-1891.

Mahoney, J. F.; Arnold, R. C.; Sterner, B. L.: Penicillin Treatment of Early Syphilis: II, In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 63-67.

Marschalkó, Th. v.; Vaszprémi, D.: Histologische und experimentelle Studien über den Salvarsantod. In: Archiv für Dermatologie und Syphilis. Band 114, Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller, 1913, S. 589-610.

Mayer, Wilhelm: Über paraphrene Psychosen. In: Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie, Band 71, Springer Berlin 1921, S. 187-206.

Medizinalstatistische Daten – 5. Aus der Versicherungsmedizin, Blaschko, Lebensversicherung und Syphilis. In: Zeitschrift für soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeiterversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft. Band 1, Leipzig, F.C.W. Vogel, 1906, S. 261.

Mendel, Kurt; Tobias, Ernst: Die Tabes der Frauen. In: Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Band 31, Berlin, S. Karger, 1912, S. 29-53, 135-183.

Meyer, E.: Die Puerperalpsychosen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 48. Band, Berlin, August Hirschwald, 1911, S. 459-517.

Mittheilungen – Fortschritte der Familienpflege Geisteskranker. In: Psychiatrisch neurologische Wochenschrift, Nr. 26, 24. September 1904, Halle a. Saale, Carl Marhold, 1904, S. 245-246.

Mittheilungen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 1, Halle a. d. Saale, Carl Marhold, April 1911, S. 7-8.

Mittheilungen. Referate. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 25, Halle a. S., Carl Marhold, 1917, S. 158.

Moore, J.E.; Mahoney, J. F., Schwartz, W.: The Treatment of early Syphilis with Penicillin. A preliminary report of 1418 cases. In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 67-73.

Moore, J.W.: Über das Vorhandensein des Treponema pallidum im Gehirn der progressiven Paralyse. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Originalien. Band 16, Berlin, Julius Springer, 1913, S. 227-231.

Morel, B. A.: Études cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés. Paris, J.B. Baillière, 1852.

Morel, B. A.: Traité des maladies mentales. Librairie Victor Masson, Paris, 1860.

Mulzer, Paul (Hg.): Die syphilitischen Erkrankungen in der Allgemeinpraxis. München, J. F. Lehmanns Verlag, 1922.

Noguchi, H.; Moore, J. W.: A demonstration of Treponema pallidum in the brain in cases of general paralysis. Journ. Exper. Med., Bd. XVII, No. 2, Februar 1913, S. 232-238.

Noguchi, H.: Studien über den Nachweis der Spirochaete pallida im Zentralnervensystem bei der progressiven Paralyse und der Tabes dorsalis. In: Münchner medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, No. 14, München, J.F. Lehmann, 8. April 1913, S. 737-739.

Oberdörffer, E.: Roth's klinische Terminologie. Zusammenstellung der in der Medizin gebräuchlichen technischen Ausdrücke mit Erklärung ihrer Bedeutung und Ableitung. Leipzig, Georg Thieme Verlag, 1914.

Offizielles Protokoll des Ärztlichen Vereins in Frankfurt a. M. In: Münchner medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, No. 8, München, J.F. Lehmann, 25. Februar 1913, S. 443-445.

Oppenheim, Hermann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Zweiter Band, Berlin, S. Karger, 1913.

Plaseller, Friedrich: Die in den Jahren 1888 bis 1904 (bzw. 1911) in der Landes-Heil- und Pflegeanstalt für Geistesranke in Hall in Tirol Verstorbenen und deren Todesursachen. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 51, 1913, S. 387-419.

Pfersdorff: Über Paraphrenien. Straßburg, Deutscher Verein für Psychiatrie, 1914.

Pflüger, Hans: Ein Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen syphiligen Erkrankungen: progressiver Paralyse und Tabes dorsalis und dem Alkoholismus chronicus mit besonderer Berücksichtigung der „4 Reaktionen“. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Band 46, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1913, S. 242-274.

Plaut, Felix; Fischer, Oskar: Die Lues-Paralyse-Frage. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Georg Reimer, Berlin, 1909, S. 340-414.

Referate. Paranoia, Querulantenqahnsinn. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Referate und Ergebnisse, Band 10, Berlin, Springer, 1914, S. 95-97.

Roemer, H.; Kolb, G.; Faltenhauser, V.: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Ein Ratgeber für Ärzte, Sozialhygieniker, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte sowie Organe der öffentlichen und privaten Fürsorge. Berlin/Heidelberg, Springer Verlag, 1927.

Roth, Otto: Klinische Terminologie. 5. Auflage, Leipzig, Arthur Georgi, 1897.

Sacks, Oliver: Awakenings – Zeit des Erwachens. Reinbek, Rowohlt, 2019.

Schaudinn, Fritz; Hoffmann, Erich: Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und bei Papillomen. Berlin, 1905, S. 135-139.

Schiff, A.: Über das gehäufte Auftreten einer eigenartigen Ödemkrankheit. In: Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 22, Jahrgang 67, Wien, Moritz Perles, 1917, S. 957-979.

Schmidt, Ad.: Unterernährung, Magerkeit und krankhafte Abmagerung. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 14, 5. April 1917, 43. Jahrgang, Leipzig, Georg Thieme, S. 417-420.

Schultze, Friedrich: Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. In: Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 47. und 48. Band, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1913, S. 714-722.

Simon, Theodor: Die Gehirnerweichung der Irren (Dementia paralytica) für Aerzte und Studierende (sic). Hamburg, Wilhelm Mauke, 1871.

Snell, Otto: Die zunehmende Häufigkeit der Dementia paralytica. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Jahrgang 44, Heft 6, Berlin, Georg Reimer, 1888, S. 648-652.

Snell, Richard: Die Landesheil- und Pflegeanstalt zu Herborn. In: Bresler, Johannes (Hg.): Deutsche Heil- und Pflegeanstalten für Psychischkranke in Wort und Bild. 2. Band, Halle, Carl Marhold, 1912, S. 175.

Stern, Felix: Die Epidemische Encephalitis. In: Foerster, O.; Wilmanns, K.: Monographien aus dem Gesamtgebiete der Neurologie und Psychiatrie. Heft 30, Berlin/Heidelberg, Springer-Verlag, 1922.

Stern, Felix: Die Pathologie der sogenannten „Encephalitis lethargica“ In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 61, Berlin, August Hirschwald, 1920, S. 621-692.

Steyerthal, Armin: Die Prognose der progressiven Paralyse. In: Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, Berlin, Verlagsbuchhandlung von Richard Schoetz, 1908, S. 129-134.

Stokes, J. H.; Sternberg, T H., Schwartz, W. H.: The Action Of Penicillin In Late Syphilis Including Neurosyphilis, Benign Late Syphilis And Late Congenital Syphilis: Preliminary Report. In: Journal of the American Medical Association, September 9 1944, S. 73-80.

v. Strümpell, A.: Pathologie und Behandlung der Tabes dorsalis. In: Wiener medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, Wien, Moritz Perles, 1910, S. 9-14, 321-328, 2529-2536.

Tobias, Ernst; Kindler, Eduard: Die physikalische Therapie der Tabes dorsalis. In: Berliner medizinische Wochenschrift, Jahrgang 44, Teil 1, Berlin, August Hirschwald, 1907, S. 249-251 und 283-286.

Trömner, E.: Beitrag zur Kenntnis der Störungen der äusseren Sprache, besonders bei multipler Sklerose und Dementia paralytica. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 28, Berlin, August Hirschwald, 1896, S. 190-220.

Versé, Max: Ueber Periarteriitis nodosa. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 52. Jahrgang, 2. Halbjahr, Heft Nr. 38, 19. September 1905, S. 1809-1812.

Versé, Max: Periarteriitis nodosa und Arteriitis syphilitica cerebialis. In: Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und für allgemeine Pathologie, Band 40, 1907, S. 409.

Versé, Max: Über Phlebitis syphilitica cerebrospinalis. In: Zieglers Beiträge zur pathologischen Anatomie und für allgemeine Pathologie, Band 56, 1913.

Versé, Max: Ueber das Vorkommen der Spirochaete pallida bei früh- und spätsyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, 60. Jahrgang, 2. Halbjahr, Heft Nr. 44, 1913, S. 2446-2448.

Wagner, Julius: Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. In: Jahrbücher für Psychiatrie, Band 7, Leipzig/Wien, Deuticke, 1887, S. 94-131.

Wagner v. Jauregg, Julius: Über die Einwirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. In: Psychiatrisch neurologische Wochenschrift, Nr. 21/22, 31. August 1918 und Nr. 39/40, 4. Januar 1918/1919, Halle a. Saale, Marhold Verlag, S. 132-134 und 251- 255.

v. Wassermann, August; Neisser, Albert; Bruck, Carl: Eine serodiagnostische Reaktion bei Syphilis. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift. 32. Jg., Nr. 48, Leipzig, Georg Thieme, 1906, S. 745-746.

Wernicke, Carl: Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. Leipzig, Georg Thieme, 1900.

Westphal, Carl: Nekrolog. Nach einer Rede gehalten zur Gedenkfeier für Griesinger in der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft zu Berlin am 17. November 1868. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. I. Band, Berlin, August Hirschwald, 1868/1869, S. 760-774.

Westphal, Carl: Ueber einige Bewegungs-Erscheinungen an gelähmten Gliedern. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band V, Berlin, August Hirschwald, 1875, S. 803-834.

Wickel, C.: Die Familienpflege Geisteskranker in Gardelegen. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Nr. 13, 25. Juni 1904, Halle a. Saale, Carl Marhold, S. 117-119.

Wille, Walter: Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig/Wien, Franz Deuticke, 1898.

Willis, Thomas: De Anima Brutorum Quae Hominis Vitalis ac Sensitiva est. London, Wells & Scott, MDCLXXII.

Verhandlungen des Kommunallandtags des Regierungsbezirks Wiesbaden (=VKW):

VKW 38 (1904)

VKW 39 (1905)

VKW 40 (1906)

VKW 41 (1907)

VKW 42 (1908)

VKW 44 (1910)

VKW 45 (1911)

VKW 46 (1912)

VKW 47 (1913)

VKW 48 (1914)

VKW 49 (1915)

VKW 50 (1916)

VKW 51 (1917)

VKW 52 (1918)
VKW 53 (1919)
VKW 54 (1920)
VKW 57 (1922)
VKW 64 (1928)
VKW 65 (1929)
VKW 67 (1930)
VKW 68 (1931)

Zumbusch, Leo von: Todesfälle nach Salvarsaninjektionen. In: Münchener medizinische Wochenschrift. Band 63, München, J.F. Lehmann, 1916, S. 750-753.

unbek. Autor: Der Neubau der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt bei Herborn. In: Deutsche Bauzeitung. Organ des Verbandes deutscher Architekten- u. Ingenieur-Vereine, XLII. Jahrgang, 2. Halbband, Juli-Dezember 1908, Berlin, S. 525-526, 533-535, 545-547.

unbek. Autor: Die Jahrhundertwende in der Psychiatrie. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Erster Jahrgang, Halle a. Saale, Carl Marhold, 1899/1900, S. 377-379.

unbek. Autor: Über die Vornahme von Leichenöffnungen in den Krankenhäusern, insbesondere in den Irrenanstalten. In: Psychiatrische Wochenschrift. Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen. Nr. 17, Halle an der Saale, Verlag Carl Marhold, 20 Juli 1901, S. 175-178.

VII. Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater in München am 1. und 2. Juni 1909. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Band 66, Georg Reimer, Berlin, 1909, S. 918-939.

Sekundärliteratur

Adam, Bastian: Die Landes-Heil- und Pflegeanstalt Herborn 1911-1918. In: Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, Jonas Verlag, 2011, S. 36-61.

Ankele, Monika: „Familienpflege“ und „aktivere Krankenbehandlung“: Alltagsgeschichtliche Perspektiven auf das Konzept von Arbeit als Therapie in der Psychiatrie der 1920er Jahre. Ein Forschungsbericht. In: Schwoch, Rebecca; Sammet, Kai (Hg.): Forschen - Vermitteln - Bewahren. Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin und das Medizinhistorische Museum Hamburg. (Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin, Bd.7), Berlin-Münster-Wien-Zürich-London, LIT-Verlag 2019, S. 59-73.

Ankele, Monika: Material Configurations of Nursing and their Ethical Implications. The Prolonged Bath Treatment in Psychiatry. In: European Journal for Nursing History and Ethics 2, 2020.

Arenz, Dirk: Dämonen, Wahn, Psychose. Exkursionen durch die Psychiatriegeschichte. Köln, Viavital Verlag, 2003.

Baltzer, Jörg; Friese, Klaus; Graf, Michael; Wolff, Friedrich (Hrgs.): Praxis der Gynäkologie und Geburtshilfe: das komplette Praxiswissen in einem Band. Stuttgart/New York, Georg Thieme, 2004.

Blasius, Dirk: Einfache Seelenstörung. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800-1945. Fischer, Frankfurt am Main 1994.

Bethe, E.; Bergmann, G.v.; Embden, G.; Ellinger, A.: Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie mit Berücksichtigung der experimentellen Physiologie. Physiologie und Pathologie der Hormonorgane 6. Band, 1. Hälfte, Heidelberg, Springer Verlag GmbH, 1930.

Burleigh, Michael: Tod und Erlösung. Euthanasie in Deutschland 1900-1945. Zürich/München, Pendo, 2002.

Eller, Peter: Richard Snell, der erste Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Herborn. In: Vanja, Christina: 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, Jonas Verlag, 2011, S. 62-71.

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Band IV, Stuttgart, Ferdinand Enke Verlag, 1970.

Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag, 1998.

Feldmann, Silke: Die Verbreitung der Kraepelinischen Krankheitslehre im deutschen Sprachraum zwischen 1893 und 1912 am Beispiel der Dementia praecox. Univ.-Diss., Gießen, 2006.

Häner, Flavio; Kessler, Michael: Lust, Leid & Wissen. Eine Geschichte der Syphilis und ihrer Therapie. Pharmazie-Historisches Museum Basel, 2008.

Helmchen, Daniel: Syphilis und Progressive Paralyse. In: Beddies, Thomas; Dörries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Heft 91) Husum, Matthiesen Verlag, 1999.

Hof, Herbert; Dörries, Rüdiger: Medizinische Mikrobiologie. Stuttgart, Thieme, 2014.

Hoffmann, Christoph: Schneiden und Schreiben. Das Sektionsprotokoll in der Pathologie um 1900. In: Hoffmann, Christoph (Hg.): Daten sichern. Schreiben und Zeichnen als Verfahren der Aufzeichnung. Wissen im Entwurf 1, Zürich/Berlin, Diaphanes, 2008, S. 153-196.

Hoffmann, E.: Organismen und Umwelt. Amerikanische Herkunft der tropischen Framboesie und Syphilis. Dresden/Leipzig, Theodor Steinkopff, 1939.

Honey, Christian: Auf der Spur der Schlafepidemie. In: Spektrum der Wissenschaft. Gehirn & Geist. Psychologie, Hirnforschung, Medizin. Nr. 5/2019.

Hufschmidt, Andreas; Lücking, Carl Hermann; Rauer, Sebastian; Glocker, Franz Xaver (Hgs.): Neurologie compact. 7. überarbeitete Auflage, Stuttgart, Georg Thieme, 2017.

Karenberg, Axel: Retrospective Diagnosis: Use and Abuse in Medical Historiography. In: Prague Medical Report, Vol. 110 (2009) No. 2, S. 140-145.

Kirchhoff, Theodor: Deutsche Irrenärzte. Einzelbilder ihres Lebens und Wirkens. Erster Band, Berlin, Julius Springer, 1921.

Klein, Matthias; Weber, Jörg: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Neurosyphilis. Hrg. Von der Kommission Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Mai 2020.
Einzusehen unter: https://www.dgn.org/images/red_leitlinien/030-101I_S1_Neurosyphilis_2012-verlaengert.pdf (Stand Oktober 2020)

Korte, Peter Hermann-Josef: Die Tätigkeit des Marburger Pathologischen Instituts unter Leonhard Jores und Walther Berblinger 1913-1918. Univ.-Diss. Philipps-Universität Marburg, 2014.

Krischel, Matthis: Potentiale und Kritik an der retrospektiven Diagnose in der Medizingeschichte. In: NTM. Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin, Bd. 27, Heft 2, 2019, S. 193-199.

Leven, Karl-Heinz: Krankheiten – historische Deutung versus retrospektive Diagnose. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas: Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Frankfurt am Main/ New York, Campus, 1998, S. 153-185.

Lilienthal, Georg: Die Landesheilanstalt Herborn und der NS-Krankenmord. In: In: Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, Jonas Verlag, 2011, S.136-153.

Moll, Ingrid: Dermatologie. Stuttgart, Thieme, 2016.

Möller; Laux; Deister: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart, Thieme, 2013.

Morse, Stephen; Moreland, Adele; Holmes, King: Sexually Transmitted Diseases and AIDS. London, Mosby-Wolfe, 1996.

Moses, Anett; Hirschmüller, Albrecht: Binswangers psychiatrische Klinik Bellevue in Kreuzlingen. Das ‚Asyl‘ unter Ludwig Binswanger sen. 1857-1880. (Marburger Schriften zur Medizingeschichte, Band 44), Frankfurt am Main, Peter Lang, 2004.

Neuhaus, Walter: Erinnerungen an die Psychiatrie von damals. In: 70 Jahre Psychiatrisches Krankenhaus Herborn. Eine Einrichtung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen 1911-1981. Herborn, 1981.

Nolte, Karen: Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900. Band 42, Frankfurt/New York, Campus Verlag, 2003.

Pfeiffer, Jürgen: Hirnforschung in Deutschland 1849 bis 1974. Briefe zur Entwicklung von Psychiatrie und Neurowissenschaften sowie zum Einfluss des politischen Umfelds auf Wissenschaftler. (Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse der Heidelberger Akademie der Wissenschaften, 13) Berlin, Springer, 2004.

Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage, 2007, Berlin/New York, Walter de Gruyter.

Raphael, Lutz: Die Verwissenschaftlichung des Sozialen als methodische und konzeptionelle Herausforderung für eine Sozialgeschichte des 20. Jahrhunderts. In: Geschichte und Gesellschaft 22, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1996, S. 165-193.

Riker, Sabine: Ausstellung in Göppingen. Mit Syphilis in die Psychiatrie. Stuttgarter Zeitung 9. Januar 2014. Einzusehen unter: <https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.ausstellung-in-goeppingen-musee-le-zeigt-sex-lust-und-syphilis.e37c5442-f0bf-4aae-8d63-e1b51d3c53f1.html> (Stand Oktober 2020)

Roelcke, Volker: Die Entwicklung der Psychiatrie zwischen 1880 und 1932. Theoriebildung, Institutionen, Interaktionen mit zeitgenössischer Wissenschafts- und Sozialpolitik. In: Bruch, Rüdiger vom; Kaderas,

Brigitte: Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 2002, S. 109-124.

Roelcke, Volker: Psychiatrie um 1900 und die Gründung der Anstalt Hadamar. In: George, Uta; Lilienthal, Georg; Roelcke, Volker; Sandner, Peter; Vanja, Christina (Hg.): Hadamar. Heilstätte, Tötungsanstalt, Therapiezentrum. (Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen. Quellen und Studien Band 12), Marburg, Jonas Verlag, 2006, S. 78-89.

Roelcke, Volker: Unterwegs zu Psychiatrie als Wissenschaft: Das Projekt einer „Irrenstatistik“ und Emil Kraepelins Neuformulierung der psychiatrischen Klassifikation. In: Engstroem, Eric J.; Roelcke, Volker (Hrsg.): Psychiatrie im 19. Jahrhundert. Forschungen zur Geschichte von psychiatrischen Institutionen, Debatten und Praktiken im deutschen Sprachraum. (Medizinische Forschung Band 13), Basel, Schwabe, 2003, S. 169-188.

Sahmland, Irmtraut: Briefkultur und psychische Krankheit. Patientenbriefe im Landeshospital Hofheim (2. Hälfte des 19. Jahrhunderts), in: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Bd. 13, 2007, S. 67-99.

Sahmland, Irmtraut: Ein Katatoniker im Stall? Eine Patientengeschichte aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. In: Schriftenreihe der DGGM, Bd. 20, 2014, S. 413-429.

Sahmland, Irmtraut: Neuer „Zeitgeist“ trifft auf traditionelles Hospital – Fragen eines modernen Strukturwandels im Landeshospital Haina im frühen 19. Jahrhundert. In: Florian Bruns, Fritz Dross, Christina Vanja (Hrsg.): Spiegel der Zeit. Leben in sozialen Einrichtungen von der Reformation bis zur Moderne. Festschrift für Christina Vanja (Historia Hospitalium. Jahrbuch der Deutschen Gesellschaft für Krankenhausgeschichte, Bd. 31, 2018/19), Berlin 2020, S. 199-221.

Sammet, Kai: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland.“ Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865-1868. Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin, 1, Hamburg, LIT, 2000, S. 143-153.

Sandner, Peter: Der Bezirksverband Nassau und seine Anstalt Herborn in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Vanja, Christina (Hg.): 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, Jonas Verlag, 2011, S. 100-118.

Sauerteig, Lutz: Medizin und Moral in der Syphilisbekämpfung. In: Jütte, Robert: Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Band 19, Berichtsjahr 2000, Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 2001, S. 55-70.

Schmidt-Michel, Paul-Otto: Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien. In: Becker, T.; Bäuml, J.; Ptischerl-Walz, G.; Weig, W. (Hrsg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2007, S. 175-186.

Schott, Heinz; Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege und Behandlungsformen. München, C.H.Beck, 2006.

Schwarze, Ernst-Wilhelm; Pawlitschko, Jörg: Autopsie in Deutschland. Derzeitiger Stand, Gründe für den Rückgang der Obduktionszahlen und deren Folgen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 100, Heft 43, 2003, S.2802-2808.

Seidel, Michael: Ludwig Snell/Hildesheim und sein wenig bekannter Beitrag zur Katatonieforschung. In: Nissen, G; Badura, F.: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde, Band 2, 1997, Königshausen & Neumann, Würzburg, 1997.

Söhner, Felicitas: Arbeit in der Psychiatrie im Ersten Weltkrieg – zwischen Therapie und Ökonomie. In: Becker, Thomas; Fangerau, Heiner; Fassl, Peter; Hofer, Hans-Georg (Hg.): Psychiatrie im Ersten Weltkrieg. Konstanz, UVK Verlagsgesellschaft, 2018, S. 163-186.

Spree, Reinhard: Gesundheitswesen, in: (f, Thomas (Hg.): Deutschland in Daten. Zeitreihen zur Historischen Statistik, Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 2015, S. 74-87.

Stolberg-Wernigerode, Otto zu: Neue deutsche Biographie, Bd.: 12, Kleinhans - Kreling, Berlin, 1980.

Sudhoff, Karl: Kurzes Handbuch der Geschichte der Medizin. 3. und 4. Auflage, Berlin, S. Karger, 1922.

Wahrig-Schmidt, Bettina: Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie. Tübingen, Gunter Narr Verlag, 1985.

Walter, Bernd: Psychiatrie und Gesellschaft in der Moderne. Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Westfalen zwischen Kaiserreich und NS-Regime. (Westfälisches Institut für Regionalgeschichte Landschaftsverband Westfalen-Lippe Münster, Forschung zur Regionalgeschichte, Band 16) Paderborn, Ferdinand Schöningh, 1996.

Wiesner, Alfons: Leben und Werk des Tübinger Professors Wilhelm Griesinger. Univ.-Diss. Düsseldorf, Emsdetten, Dissertations-Druckerei Heinr. & J. Lechte, 1936.

Winkle, Stefan: Kulturgeschichte der Seuchen. Artemis&Winkler, Düsseldorf/Zürich, 1997.

Vanja, Christina: Arbeitstherapie und Außenberatung im volkswirtschaftlichen Wohlfahrtsstaat – Die Landesheilanstalt Herborn in der Zeit der Weimarer Republik. In: Vanja, Christina: 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Jonas Verlag, Marburg, 2011, S. 72-99.

Vanja, Christina: Einleitung. In: 100 Jahre Psychiatrie in Herborn. Rückblick, Einblick, Ausblick. Marburg, Jonas Verlag, 2011, S. 21-35.

Vanja, Christina: „Die Irrenanstalt muss in einer anmuthigen Gegend liegen“. Über die Gründung der Herzoglich Nassauischen Heil- und Pflgeanstalt Eichberg. In: Vanja, Christina; Haas, Steffen, Deutschle, Gabriela; Eirund, Wolfgang; Sandner, Peter: Wissen und irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten – Eberbach und Eichberg. Historische Schriftenreihe des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Quellen und Studien Band 6, Darmstadt, HLuHB, 1999, S. 11-35.

Vanja, Christina: Nur „finstere und unsaubere Clostergänge“? Die hessischen Hohen Hospitäler in der Kritik reisender Aufklärer. In: Fangerau, Heiner; Nolte, Karen (Hrsg.): „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert – Legitimation und Kritik. Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, (MedGG-Beihefte 26), Stuttgart, Franz Steiner Verlag, 2006, S. 23-42.

Vanja, Christina: Von der herzoglichen Irrenanstalt zum modernen Gesundheitskonzern. Die Geschichte der nassauischen Psychiatrie. In: Weltsicht und regionale Perspektive. (Beiträge zur Geschichte des nassauischen Raumes. Jubiläumsband zum 200jährigen Bestehen des Vereins für Nassauische

Altertumskunde und Geschichtsforschung, Nassauische Annalen 123), Wiesbaden, Verl. des Vereins für Nassauische Altertumskunde und Geschichtsforschung, 2012, S. 603-634.

Voß, Hendrik Christian: Die Darstellung der Syphilis in literarischen Werken um 1900. Auswirkung wissenschaftlicher Konzepte und sozialer Ideen. Univ. Diss., Universität Lübeck, 2004.

11. Anhang



1. Ansicht auf die HPA Herborn mit Ländereien, Fotografie 1925 (Sammlung Rohrbeck)

2. Ansicht der HPA Herborn im Modell (Deutsche Bauzeitung 1908)



NEUBAU DER LANDES-MEHL- UND
PFLEGE-ANSTALT BEI HERBORN •
ARCH.: SCHMIEDEN & BOETHKE IN
BERLIN. • ANSICHT DER GESAMT-
ANLAGE NACH DEM MODELL. •

DEUTSCHE BAUZEITUNG
• XLII. JAHRGANG 1908 • NO. 78. •



3. Die Wäscherei, Fotografie 1925 (Sammlung Rohrbeck)

4. Die Schusterei, Fotografie 1925 (Sammlung Rohrbeck)





5. Die Schreinerei, Fotografie 1925 (Sammlung Rohrbeck)

Tabelle 65: Tabellarische Übersicht der recherchierten Publikationen des Herborner Oberarztes Werner H. Becker

Jahr	Titel	Zeitschrift/Verlag	Sonstiges
1899	<i>Ein Beitrag zur Statistik der künstlichen Frühgeburt</i>	Kiel, C. Paulsen, 1899	
1909	<i>Über Meningitis als ätiologisches Moment bei Psychosen</i>	Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 66, S. 989	
1909	<i>Ein kasuistischer Beitrag zur Diagnose der Hirnsyphilome</i>	Berliner klinische Wochenschrift, Band 29, S. 1347-1351	gemeinsam mit Dr. Frotscher
1910	<i>Sauerstoffbäder in der Irrenpflege</i>	Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 67, S. 799-806	gemeinsam mit Dr. Frotscher
1910	<i>Zur Casuistik der Dura-Endotheliome</i>	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 47. Band, S. 196-199	gemeinsam mit Dr. Frotscher

1910	<i>Zu den Methoden der Intelligenzprüfung</i>	Sommers Klinik für psych. und nervöse Krankh. 5, S. 274	besprochen in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Referate, 1910.
1910	<i>Ein Fall von gleichzeitiger Erkrankung der Psyche und des Rückenmarks. Eine psychiatrisch-neurologische Studie</i>	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 46. Band, S. 113-126	
1911	<i>Therapie der Geisteskrankheiten für praktische und Irrenärzte</i>	Leipzig, Konegen	besprochen in: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 9. Jahrgang, Heft 3, Heidelberg, 1913, S. 192
1911	<i>Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem alten Epilepsiefall</i>	Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Band 68	besprochen in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1911, S. 578
1911/1912	<i>Ketzergedanken eines Psychiaters</i>	Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 13. Jahrgang, Nr. 8, S. 69-71	
1912	<i>Die sozial-ärztlichen Aufgaben in der Irrentherapie. Beiträge zur forensischen Medizin.</i>	Hg. von Dr. Lungwitz, Hans, Band 1, Heft 4, Adler Verlag, Berlin	besprochen in Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 15. Jahrgang, Nr. 22, 1913, S. 267
1912	<i>Die Prognose der Melancholie</i>	Berliner klinische Wochenschrift, 49.	

		Jahrgang, Nr. 40, 30. September 1912, S. 1898-1900	
1913	<i>Professor Volds Buch über den Traum und moderne Traumdeutung</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 15. Jahrgang, Nr. 33, S. 409-411	
1913	<i>Spezielle Prognose der Geisteskrankheiten. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten.)</i>	Halle a. S., Carl Marhold, 1913.	besprochen in: Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 15. Jahrgang, Nr. 35, 1913, S. 432, 433 und in Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 17. Jahrgang, Nr. 49/50, 1915/1916, S. 298
1912/1913	<i>Der Andere. Eine zeitgemäße psychiatrische Betrachtung.</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 14. Jahrgang, Nr. 45, S. 541, 542	
1913/1914	<i>Ein Fall von irrtümlicher Todeserklärung</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 15. Jahrgang, Nr. 6, S. 73-76	
1914	<i>Die Syphilis des Gehirns und ihre Abart, die progressive Paralyse der Irren</i>	Berlin, Adler Verlag, 1914	
1914	<i>Der Psychiater als Prügelknabe</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 16. Jahrgang, Nr. 10, S. 119- 120	

1914	<i>Kriegspsychosen</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 16. Jahrgang, Nr. 29/30, S. 295-298	
1916	<i>Zur Differenzialdiagnose von angeborener und in reiferem Alter erworbener Demenz</i>	Fortschr. d. Med., Nr.2, 26. Oktober 1916	besprochen in: Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 19. Jahrgang, Nr. 25, 1917, S. 158
1917	<i>Briefe an Angehörige von Geisteskranken.</i>	Berlin, S. Karger, 1917	empfohlen in: Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 19. Jahrgang, Nr. 33/34, 1917, S. 221
1917	<i>Psychotherapie in Irrenanstalten</i>	Würzburger Abhandlungen, Band 17, Heft 4, Würzburg, C. Kabitzsch, 1917	besprochen in Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 20. Jahrgang, Nr. 13/14, 1918, S.87.
1918/1919	<i>Buchbesprechungen</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 20. Jahrgang, 1918/19, S. 18, 29-30, 35-36, 86-87, 101, 156, 164-165, 268, 280, 291-292	
1920	<i>Die Wirkung des Krieges auf unsere Geisteskranken.</i>	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Band 61, Heft 1, August 1919, S. 7-11	
1920	<i>Der Gruppenplan der Besoldungsordnung im Reich und seine sachgemäße Anwendung auf die beamteten Irrenärzte</i>	Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift, 22.	

		Jahrgang, 1920, Nr. 11/12, S. 90-91	
1922	<i>Paul Morphy, seine einseitige Begabung und Krankheit.</i>	Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 64. Band, S. 133-139	
1922	<i>Stuporlösung durch Kokain</i>	Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 23. Jahrgang, S. 219	
1934	<i>Psychiatrie. Ein kurzgef. Leitf. an d. Hand hist. Beispiele f. d. Gebildeten aller Stände</i>	Hüls bei Krefeld, Thorraduran Werk, 1934	
1935	<i>Der Gifftod</i>	Hüls bei Krefeld, Thorraduran Werk, 1935	
1937	<i>Psychiatrische Lesefrüchte aus der Weltgeschichte von dem alten Irrenarzt Werner Heinz</i>	Stade, Schaumburg, 1937	
1938	<i>Gustav Stille sein Leben, sein Wirken und sein nationalsozialistisches Streben</i>	Görlitz, Starke, 1938	
1939	<i>Die Nervenschwäche (Neurasthenie, Neurose, Nervosität usw.) und ihre erfolgreiche Behandlung</i>	Bonn, Stollfuß, 1939	
1950	<i>Wie sie endeten: die Genialen der Welt-, Kunst- und Literaturgeschichte im Licht der ärztlich-psychiatrischen Wissenschaft</i>	Hüls bei Krefeld, Thorraduran Werk, 1950	
1954	<i>Was tut man gegen Schlaflosigkeit? Die Schlaflosigkeit u. ihre erfolgreiche Bekämpfung</i>	Sammlung „Hilf dir selbst“, Nr. 125, Medizinische Reihe, Bonn, Stollfuss, 1954	

Verzeichnis meiner akademischen Lehrerinnen und Lehrer

Meine akademischen Lehrerinnen und Lehrer waren die Damen und Herren

in Marburg:

Barth, Bartsch, Baum, Baumann, Becker, Braun, Cetin, Cordes, Daut, Decher, Dietz,
Dodel, Donner-Banzhoff, Ellenrieder, Fendrich, Feuser, Koolmann, Görg, Grundmann,
Hegele, Kann, Kill, Kinscherf, Klose, Koolmann, Lill, Lohoff, Moll, Moosdorf, Müller,
Neubauer, Neumüller, Nimsky, Oertel, Pagenstecher, Reese, Renz, Richter, Ruchholtz,
Sahmland, Schäfer, Seitz, Sekundo, Sevinc, Stahl, Steiniger, Vogelmeier, Vogt, Wagner,
Weihe, Werner, Westermann, Wrocklage

in Frankenberg:

Cassebaum

in Tel Aviv, Israel:

Halevi

in Leon, Nicaragua:

Mendoza

Danksagung

Mein herzlicher und aufrichtiger Dank geht an meine Doktormutter Prof. Irmtraut Sahmland, welche mir die Möglichkeit gegeben hat, meine Dissertation in der Arbeitsstelle für Geschichte der Medizin zu schreiben und mir eine spannende Zeit in der medizingeschichtlichen Forschung ermöglicht hat. Durch ihre ausgezeichnete Betreuung hat sie es geschafft, mich immer wieder aufs Neue zu motivieren und die Arbeit maßgeblich geformt.

Auch Prof. Christina Vanja gilt mein Dank. Ihre Hilfe bei der archivarisches Recherche im LWV in Kassel und ihre zahlreichen Publikationen zur Anstaltsgeschichte waren für den Prozess und das Ergebnis dieser Arbeit wegbereitend.

Ich möchte mich auch von Herzen bei Prof. Karl Braun bedanken, der mich in seinen Seminaren am Institut für Vergleichende Kultur- und Religionswissenschaften mit der Wissenschaftsgeschichte vertraut gemacht hat, Denkanstöße zur kritischen Betrachtung der Naturwissenschaft gegeben und mich damit nachhaltig in meinem weiteren Werdegang geprägt hat.

Ein großer Dank gilt meiner Familie, vor allem meinen Eltern, für die bedingungslose Unterstützung und das Verständnis während der gesamten Studienzeit.

Mein herzlichster Dank gilt meinem Freund Serge für die geduldige Hilfe und Unterstützung bei jedem einzelnen Schritt dieser Arbeit sowie das scheinbar endlose Korrekturlesen.

Nicht zuletzt möchte ich meinen Marburger Freundinnen und Freunden danken: Vielen Dank an Alena, Amelie, Anne, Bettina, Jelena, Jojo, Kiki, Phlipsi, Sarah, Sophia, Steffi, Svea und Thea für die Freundschaft und die unvergessliche Zeit in unserem schönen Marburg.