

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster  
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt -

Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente  
(im Zeitraum vom 1928-1940)

INAUGURAL – DISSERTATION  
zur Erlangung des doctor medicinae

der Medizinischen Fakultät  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

vorgelegt von  
Jan Leygraf  
aus Münster  
2006

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. H. Jürgens  
1. Berichterstatter: Priv.-Doz. Dr. med. M. Rothermundt  
2. Berichterstatter: Prof. Dr. med. Schulze-Mönking  
Tag der mündlichen Prüfung: 16.11.2006

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster  
- Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. V. Arolt –

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. M. Rothermundt  
Koreferent: Prof. Dr. med. Schulze-Mönking

### ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente  
(im Zeitraum von 1928-1940)

Jan Leygraf

In der vorliegenden Studie wurde die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente, welche heute ohne Frage ein unverzichtbarer Teil der Behandlung sind, untersucht. Die damaligen Therapiemethoden wie die Fieberkur, der Dauerschlaf, die Sedativgabe, die Schock- und Krampftherapie und die Arbeitstherapie stellten dabei einen Untersuchungsschwerpunkt dar. In einem weiteren Kapitel wurde betrachtet, in welchem Ausmaß die Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Münster im Dritten Reich durch eugenische Maßnahmen betroffen waren.

Die Fragestellung wurde anhand von 258 Patientenakten aus dem Archiv der hiesigen Klinik behandelt.

Zunächst fand eine deskriptive Betrachtung der Studienpopulation statt. Das Erkrankungsalter und die Diagnostik entsprachen weitgehend heutigen epidemiologischen Erhebungen.

Deutliche Unterschiede zu heutigen Studien zeigten sich dagegen in der stationären Behandlungsdauer (Median 45 Tage) und dem hohen Anteil an hebephrenen (19%) und katatonen (16%) Subtypen. Diese Ergebnisse spiegeln sich aber durchaus in epidemiologischen Erhebungen und den Lehrmeinungen des Untersuchungszeitraums wider.

Auffällig war eine eher bescheidene Prognose (16,5% soziale oder völlige Remission). Dies kann nicht zuletzt darauf zurückgeführt werden, dass für keine der verschiedenen Behandlungsmethoden ein statistisch fassbarer Prognosevorteil gezeigt werden konnte, wengleich vor allem die Insulinschocktherapie damals durchaus als wirksam angesehen wurde.

Im Untersuchungszeitraum von 1939-1940 wurden 54% der Patienten entsprechend dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erfasst. Dabei waren die Patienten mit einer positiven Familienanamnese (66,7%;  $p < 0,1$ ) und die Patienten, welche „gegen ärztlichen Rat“ entlassen wurden signifikant häufiger betroffen (85%;  $p < 0,05$ ).

In diesem Zusammenhang interessant zeigte sich die Rolle von Direktor Prof. Kehrer. Er musste sich sowohl als Direktor der hiesigen Klinik als auch als Beisitzer im Erbgesundheitsobergericht Hamm mit dem Erbgesundheitsgesetz auseinandersetzen. Während er sich in der damaligen Fachpresse positiv zu eugenischen Maßnahmen äußerte, beschrieb er rückblickend seine Auslegung des Erbgesundheitsgesetzes als sehr restriktiv.

Tag der mündlichen Prüfung: 16.11.2006

## Inhaltsverzeichnis

<b>I.</b>	<b>Einleitung</b>	
1.	Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf und Prognose	S.2
2.	Behandlungsmethoden der „Vorneuroleptischen Zeit“	S.3-12
3.	Behandlungsmethoden des 19. Jahrhunderts	S.12-15
4.	Das Dritte Reich: Vom Erbgesundheitsgesetz zur T4-Aktion	S.15-16
5.	Die Universitäts-Nervenlinik Münster	S.16
6.	Ferdinand Adalbert Kehrer	
<b>II.</b>	<b>Methodik</b>	
1.	Patientenkollektiv	S.17-18
2.	Auswertung der Krankengeschichten	S.18-20
3.	Vorgehen bei der statistischen Auswertung	S.20
<b>III.</b>	<b>Ergebnisse</b>	
1.	Patientenzusammensetzung	S.21-22
2.	Häufigkeitsverteilung der Diagnosen	S.23
3.	Erkrankungsalter	S.24
4.	Behandlungsdauer	S.25-26
5.	Diagnosen	S.27-30
6.	Verlauf	S.31-33
7.	Suizidalität	S.34
8.	Behandlungsmethoden	S.35-45
9.	Erbgesundheitsgesetz	S.46-50
<b>IV.</b>	<b>Diskussion</b>	
1.	Verlust von Krankenblättern	S.51
2.	Patientenzahlen	S.51
3.	Alter der Patienten	S.51-52
4.	Behandlungsdauer	S.53-54
5.	Diagnosen	S.54-58
6.	Verlauf	S.58-61
7.	Dauerbäder, Isolations- und Kaltwasserbehandlung	S.61-62
8.	Sedativa	S.62-64
9.	Insulinschockbehandlung	S.64-66
10.	Arbeitstherapie	S.66-67
11.	Dauerbäder und Fieberkur	S.67
12.	Erbgesundheitsgesetz	S.68-71
13.	T4-Aktion	S.71-73
<b>V.</b>	<b>Anhang</b>	
1.	Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses	S.74-76
2.	Erhebungsbogen	S.77-80
<b>VI.</b>	<b>Literatur</b>	S.81-83

## I. Einleitung

Unverzichtbarer Bestandteil der Therapie von Patienten mit Schizophrenie ist heute ohne Frage die Gabe von antipsychotisch wirksamen Medikamenten (Neuroleptika). 1952 stellten Delay und Deniker (17) erstmals Behandlungsergebnisse mit Chlorpromazin, dem ersten Neuroleptikum, vor.

In der Folgezeit haben die Neuroleptika die Behandlung der Schizophrenie revolutioniert. Aber auch schon vor ihrer Entdeckung gab es verschiedene Therapieformen, welche bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts durchaus als wirksam angesehen wurden. Diese Phase soll im Rahmen dieser Arbeit untersucht werden. Der Untersuchungszeitraum reicht dabei von 1928 bis 1940.

In diesem Zeitraum gab es eine lebhafte Entwicklung im Bereich der Schizophreniebehandlung. Hier müssen zum Beispiel die Fiebertherapie, die Dauernarkose, die Krampf- und Schocktherapie und auch die Lobotomie erwähnt werden.

Neben diesen rein somatischen Behandlungsversuchen gab es auch erste psychotherapeutische Ansätze. So waren die Arbeitstherapie oder auch die Verbalsuggestion wichtige Teile der damaligen Schizophreniebehandlung.

Als Grundlagen für die verstärkten Forschungsbemühungen im 20. Jahrhundert müssen vor allem die Arbeiten von E. Kraepelin und E. Bleuler gesehen werden, welche um die Jahrhundertwende erstmals eine befriedigende Klassifikation der psychischen Erkrankungen einführten.

So können Kraepelin und Bleuler durchaus als Wegbereiter der verschiedenen Therapieansätze bis hin zu den Neuroleptika betrachtet werden.

Kraepelin führte 1896 in seinem Lehrbuch der Psychiatrie erstmals den Begriff der „Dementia praecox“ ein. Er betrachtete die „Dementia praecox“ als exogene Erkrankung – auf Selbstvergiftung beruhend – und stellte sie dem „manisch-depressiven Irrsein“ gegenüber (46). Kraepelin nahm auch die bis heute gültige Unterteilung in hebephrene, katatone und paranoide Formen vor (46). 1911 ersetzte E. Bleuler den Begriff der „Dementia praecox“ durch den der „Schizophrenie“. Er beschrieb dabei schwerpunktmäßig die Psychopathologie und nahm die Unterteilung in Grundsymptome (formale Denkstörungen, Affektstörungen, Ich-Störungen) und akzessorische Symptome (Wahn, Sinnestäuschungen, Katatonie) vor (9).

# 1. Epidemiologie, Ätiologie, Verlauf und Prognose der Schizophrenie

## 1.1 Epidemiologie

Die Prävalenz der Schizophrenie beziffert Jablensky (37) in einer epidemiologischen Studie, in welcher 20 verschiedene Arbeiten aus den Jahren 1931 bis 2000 berücksichtigt wurden, zwischen 1,4 bis 4,6 pro 1000. Die jährliche Inzidenzrate liegt in dieser Studie zwischen 0,16 bis 0,42 pro 1000.

## 1.2 Ätiologie

Zur Klärung der Ätiologie hat sich ein polyätiologischer Ansatz durchgesetzt. Hier werden unter anderem biologische Faktoren, wie eine genetische Komponente (Häfner 25, Propping 58) oder verschiedene morphologische (Volz 67, Heinz 31) und biochemische Befunde (Arolt 1, Davis 14), sowie psychosoziale Faktoren (Hirsch 32, Kavanagh 39, Bateson 3) genannt.

Die ätiologischen Erklärungsversuche im Untersuchungszeitraum richteten sich vornehmlich auf die erbliche Komponente. So war die Schizophrenie eine der Krankheiten, die 1933 im „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ erfasst wurde (§1 Abs.2 S.1 Nr.2).

## 1.3 Verlauf und Prognose

Kraepelin beschrieb Verlauf und Prognose der Schizophrenie als extrem ungünstig. Er erwartete bestenfalls mehr oder weniger stark ausgeprägte Residuen (46). Doch spätestens mit der Entwicklung erster Therapiemethoden wurde die Prognose deutlich positiver gesehen. Die Angaben zur Prognose unterliegen in den verschiedenen Arbeiten allerdings ausgesprochenen Schwankungen. M. Bleuler (10) führte dies darauf zurück, dass zuverlässige Statistiken über den Verlauf der Schizophrenie gar nicht existierten. Er selbst gab 1951 folgende Einschätzung zur Prognose ab (10):

Ausgang in Heilung (sozial oder völlig) 25-35%,

Ausgang in dauerndem Defekt 30-40%,

Verlauf zu dauernder Verblödung 25-35%.

Interessanterweise sind heutige Prognoseeinschätzungen – 30% eine Episode, kein Residuum, 50% rezidivierende Episoden mit Residuum, 20% chronisch produktiv – nicht unähnlich.

## 2. Behandlungsmethoden vor Einführung der Neuroleptika

Folgend werden kurz die wichtigsten Behandlungsmethoden des Untersuchungszeitraums beschrieben.

### 2.1 Sedativa

Eine wichtige Rolle, besonders bei der Behandlung agitierter Patienten, nahmen die verschiedenen Sedativa ein. Hier kamen vor allem Morphium, Scopolamin, Bromide, Chloralhydrat, Paraldehyd und schließlich die Barbiturate zum Einsatz. Diese Medikamente wurden natürlich nicht mit kurativem Anspruch gegeben, sondern dienten lediglich einer Beeinflussung der Symptomatik.

Der Umgang mit diesen Medikamenten wird durch ein Zitat von Binswanger verdeutlicht. Dieser hob in seinem Lehrbuch der Psychiatrie die Wirkung von Scopolamin hervor: „Das souveräne Mittel zur raschen Bekämpfung schwerer tobsüchtiger Erregung, das auch in der Hand des praktischen Arztes bei der Einlieferung von Geisteskranken in die Irrenanstalten unentbehrlich ist, ist das Scopolamin. Es versagt fast nie. Wenn ja, so liegt der Fehler gewöhnlich daran, dass zu kleine Dosen injiziert werden.“ (7).

Auch nach der Entwicklung der neuen, als kurativ betrachteten Behandlungsmethoden - wie der Insulinkur - behielten die Sedativa ihren Platz in der Therapie. Und auch heute werden noch Medikamente mit primär sedierender Wirkung verabreicht.

### 2.2 Dauerbäder

Neben den Sedativa kamen die Dauerbäder zum Einsatz, welche laut Binswanger (7) „zur Bekämpfung von Erregungszuständen geradezu unschätzbare Dienste leisteten“. Kraepelin hatte diese Methode um die Jahrhundertwende in die Behandlung eingeführt. Dabei handelte es sich um ca. 35°C warme Vollbäder, in welchen die Patienten mehrere Stunden verbleiben mussten.

Diese Methode war weit verbreitet und auch in der hiesigen Klinik Teil der Behandlung (42).

## 2.3 Dauerschlaf

Einer der ersten Versuche einer spezifischen Schizophreniebehandlung war die Dauernarkose, welche Klaesi 1922 vorstellte (44). Als Narkotikum verwendete er dabei Somnifen, ein wasserlösliches Barbiturat.

Nach E. Bleuler (9) erhielt der Patient zuerst Morphium und Scopolamin, da nach alleiniger Somnifeninjektion oft Übelkeit und Unruhe auftraten. Nach dem Einschlafen wurden 2 Ampullen Somnifen injiziert, nach 6-10 Stunden eine weitere, in der Folgezeit nach Bedarf. Die Dauer der Schlafkuren lag zwischen 8 und 12 Tagen.

Klaesi beschrieb diese Phase wie folgt: „Der Schlaf ist nach Temperament verschieden, einmal sozusagen ruhig und anhaltend, ein andermal oberflächlich, durch Lärm leicht störrbar und mehr einem Schlummer zu vergleichen, doch für die von uns beabsichtigten Zwecke auch dann noch meist genügend. Auf das Erwachen folgt ein oft mehrere Stunden dauernder Rauschzustand, der durch feinere und gröbere Sensibilitäts- und Koordinationsstörungen, Taumeligkeit, Stammeln, Neigung zum Verschlucken, Hypalgesie usw. gekennzeichnet ist.“ (44).

Zum Erfolg des Dauerschlafs schrieb Klaesi (44), „(...) dass die Dauernarkose mittels Somnifen bei einem Drittel bis Viertel unserer Kranken eine so weitgehende Besserung erzielte, dass diese für längere Zeit z.T. bis jetzt dauernd nach Hause entlassen oder wenigstens auf ruhigere Abteilungen verlegt werden konnten, obschon Fälle mitgezählt worden sind, bei denen die Kur vorzeitig abgebrochen werden musste und andere, welche trotz offensichtlich ungünstiger Prognose nur Probe halber zu den Untersuchungen zugezogen worden waren.“ Klaesi erwähnte dabei nicht die Letalität von über 10% - von seinen 26 Patienten verstarben 3 (44).

M. Bleuler schrieb 1951 über die Wirksamkeit der Schlafkur: „Die Schlafkur nach Klaesi, erweist sich auch heute noch als wirksames und anderen körperlichen Behandlungsmethoden ebenbürtiges Verfahren.“ (10).

Haenel (24) hebt Klaesis psychotherapeutische Ausrichtung hervor. So habe ihm die Schlafkur nur als „Mittel zum Zweck“ gedient. Der Hauptnutzen der Behandlung sei in der künstlichen Hilflosigkeit des Patienten zu sehen, welche den Kontakt mit dem Therapeuten wiederherstelle und eine Psychotherapie ermögliche.

## 2.4 Fiebertherapie

1918 stellte Julius Wagner von Jauregg (68) die Malariabehandlung bei Paralysepatienten vor, für welche er 1927 den Nobelpreis erhielt.

Die progressive Paralyse war damals die wohl wichtigste Differentialdiagnose zur Schizophrenie, zeigten doch nicht wenige Paralytiker schizophrene Symptome. Es lag also nahe, die Indikation der Malariatherapie auszuweiten.

Die Fieberschübe wurden aber schon bald statt durch die Infektion mit Malariaerregern durch die Injektion von Schwefelöl erzeugt. Diese Methode wurde 1924 durch den dänischen Psychiater Schröder-Knud eingeführt. Langelüddeke (47) sah den entscheidenden Vorteil dieser Behandlung gegenüber der Malariainfektion darin, dass sie nicht mehr wie diese eine „Pferdekur“ darstelle.

Bangen (2) gibt eine kurze Beschreibung dieser Methode: „Das Schwefelöl wurde als 1% Lösung (Sulfosin) abends i.m. gegeben. 6 bis 8 Stunden später kam es zu einem Anstieg der Temperatur. Die Behandlung wurde 2 bis 3 mal in der Woche durchgeführt, die Temperatur sollte auf 40°C ansteigen.“

Neben dem Sulfosin wurde in der hiesigen Klinik später auch „Pyriker“, ein Präparat aus Bakterieneiweißstoffen der Coligruppe, eingesetzt.

## 2.5 Krampf- und Schockbehandlungen

### Insulinkur

1933 publizierte Sakel eine neue Behandlungsmethode der Morphiumsucht mittels Insulin-Hypoglykämien. In den folgenden Jahren versuchte er psychotische Patienten auf diese Weise zu behandeln. 1935 stellte er seine „neue Behandlungsmethode der Schizophrenie“ vor (61).

Die Insulinkur bestand aus 4 Phasen (2):

1. Phase: - dreimal täglich geringe Insulindosen, bis ein somatisch sichtbarer hypoglykämischer Zustand erreicht ist
2. Phase: - Steigerung der täglichen Insulindosen, bis zum Eintreten eines schweren hypoglykämischen Schocks
3. Phase: - Schonungsphase, Ruhephase
4. Phase: - entspricht Phase 1

Kritisiert wurde die Insulintherapie vor allem wegen der Gefahren. Nach Müller (56) seien diese aber „zweifelloos stark überschätzt worden“, wengleich er eine Mortalität von 1,3% einräumt. Er empfahl daher: „Die komplizierte Technik und den großen

Aufwand an ärztlichen und pflegerischen Personals bringen es mit sich, dass die Behandlung für den praktischen Nervenarzt nicht in Frage kommen kann. Lediglich ein größerer, spitalmäßig geführter Betrieb mit genügend Ärzten und Schwestern kann für sachgemäße Durchführung und größte Herabsetzung des Gefahrenmomentes garantieren.“ (56).

Als Kontraindikationen gab er Herz-, Leber- und Nierenleiden an.

Müllers Ausführungen spiegeln sich in den untersuchten Krankenblättern durchaus wider. So überwiesen einige Provinzheilanstalten ihre Patienten speziell zum Zwecke einer Insulinkur in die hiesige Klinik. Ebenfalls wurde vor jeder Insulinkur ein internistisches Konsil eingeholt, mit der Fragestellung auf die von Müller aufgeführten Kontraindikationen für diese Behandlung.

Müller (56) gab eine äußerst detaillierte Beschreibung zur Durchführung dieser Behandlungsmethode ab:

„Die Phase 1 beginnt mit einer intramuskulären Injektion frühmorgens nüchtern von 10-25 E. Insulin je nach dem Körpergewicht und dem Ernährungszustand des Kranken. Täglich wird diese Dosis um 5-10 E. gesteigert, bis die hypoglykämischen Erscheinungen sich soweit vertieft haben, dass ein sog. hypoglykämischer Schock eintritt. Während etwa 4 Stunden bleiben die Kranken ohne jede Nahrungsaufnahme der Wirkung des Insulins überlassen; hierauf erfolgt eine Zufuhr von 200g Zucker in Tee, und zwar ausnahmslos, selbst dann, wenn der Kranke keinerlei hypoglykämische Erscheinungen gezeigt oder in der Zwischenzeit selbst wiederausreguliert hat. Nur in vereinzelt Fällen – bei starker motorischer Erregung – werden in Phase 1 nachmittags nochmals 20-25 E. Insulin verabreicht, die Unterbrechung der Hypoglykämie erfolgt jedoch vor Eintritt schwerer Erscheinungen.

Die Phase 2 wird charakterisiert durch den „Schock“. Terminologisch ist diese Bezeichnung freilich anfechtbar, sie hat sich jedoch eingebürgert. Man versteht unter dem Schock einen komatösen Zustand oder epileptischen Anfall. Beiden Ereignissen ist gemeinsam, dass die Unterbrechung nicht mehr durch spontanes Trinken zuckerhaltiger Flüssigkeiten erfolgen kann; die Zuckerezufuhr erfolgt mit der Nasensonde. Bei gefahrbedrohenden Zuständen (Zirkulationsverschlechterung, Kollaps, Stimmritzenkrampf, epileptischer Anfall) wird durch Adrenalin (1ccm subcutan) bzw. durch intravenöse Injektion von 20-100ccm einer 33proz. Traubenzuckerlösung unterbrochen, wobei aber regelmäßig nachher noch das gewöhnliche Quantum Zucker per os zuzuführen ist. Das Erwachen erfolgt bei oraler Zufuhr in der Regel von 6-12

Minuten, bei intravenöser Unterbrechung blitzartig, längstens innerhalb weniger Minuten.

Phase 3 (Schonzeit von einigen Tagen) wird heute meist weggelassen.

Die Phase 4 besteht in einer Weiterbehandlung mit kleinen Dosen von 10-30 E., wobei 2 Stunden nach der Injektion wieder unterbrochen wird und schwere hypoglykämische Symptome oder gar Schocks unerwünscht sind. Diese Phase schließt sich an, sobald die Phase 2 zu einer Remission oder weitgehenden Besserung geführt hat.“

### Konvulsionstherapie

Parallel entwickelte Meduna (51) 1934 die Konvulsionstherapie. Die epileptischen Krämpfe erzeugte er durch die Injektion mit Kampfer, welchen er später, aufgrund der besseren Wirksamkeit, durch Cardiazol ersetzte.

Meduna begründete seinen Therapieansatz mit folgender Hypothese: „Zwischen Epilepsie und Schizophrenie besteht ein biologischer Antagonismus. Wenn es gelingt, bei schizophrenen Patienten einen epileptischen Anfall auszulösen, wird dieser das chemische, humorale, hämatologische Milieu des Organismus derart verändern, dass dadurch – da das auf diese Weise veränderte Milieu für die Entwicklung der Schizophrenie einen ungünstigen Boden darstellt – eine biologische Möglichkeit zur Rückbildung der Erkrankung geschaffen wird.“ (51).

Zum Erfolg der jeweiligen Behandlungen lässt sich folgendes sagen: Meduna beschrieb 50-80% Remissionen bei seinen ersten 110 Patienten, während Sakel bei ca. 50 Fällen 70% voller Remissionen und 18% sozialer Remissionen beobachtete.

Bei zahlreichen nachfolgenden Untersuchungen wurden derartig positive Ergebnisse sowohl bestätigt als auch heftig bezweifelt oder widerlegt.

M. Bleuler schrieb dazu 1951: „Die kritiklos-optimistischen Hoffnungen der ersten Zeit nach der Einführung dieser Verfahren mussten beschnitten werden; trotzdem sind aber die Schockbehandlungen allgemein verbreitet geblieben und dürfen auch heute noch als nützlich betrachtet werden. (...)Die somatische Schockbehandlung der Schizophrenie ist unserem heutigen Wissen nach nicht imstande, die Prognose der Krankheit auf lange Sicht in statistisch fassbarer Weise zu verbessern.“ (10).

Weder Sakel noch Meduna gaben einen Richtwert für die Anzahl der nötigen Schocks an. Während Sakel sich hier auf Intuition berief, empfahl Meduna, „(...), auch nach

Erreichen völliger Remission mindestens noch 3 Anfälle auszulösen, um die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen herabzusetzen.“ (51).

Die Entwicklung der Elektrokrampftherapie (EKT) 1937 durch Bini und Cerletti sollte dann schließlich die Insulin- und Cardiazoltherapie verdrängen. Die Elektrokrampftherapie ist, vor allem bei den therapieresistenten affektiven Psychosen, auch in der Zeit der Psychopharmaka noch von therapeutischer Bedeutung. Wenngleich die heutige EKT durch die Einführungen von Kurznarkose, Muskelrelaxans und zusätzlicher Sauerstoffgabe nur noch wenig mit der Methode nach Bini und Cerletti gemein hat.

Es fällt auf, dass alle somatischen Behandlungskonzepte mit einer nicht geringen körperlichen Belastung einhergingen. Diese Belastung sollte ein „Anpassungs-Syndrom“ (10) auslösen und den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Die Ursprünge dieser Idee sah M. Bleuler in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts. „Die Auslösung des Anpassungs-Syndroms ist das gemeinsame der verschiedenen Schockbehandlungen und der alten, grausamen Methoden in der Psychiatrie, wie das Hetzen, das Unterwasserhalten, das kalte Duschen und das Drehen Geisteskranker“ (10).

## 2.6 Lobotomie/ Leukotomie

Die Einführung der Leukotomie in die Behandlung schizophrener Patient ist auf den portugiesischen Neurologen Egas Moniz zurückzuführen. Bei dieser Methode wurde nach Durchbohren der Schädeldecke Alkohol in die weiße Substanz des Frontalhirns gespritzt und somit die Nervenbahnen dieses Areals zerstört. Die Hypothese dieser Methode beruhte auf einer kreisenden Erregung „idee fixe“, welche durchbrochen werden musste (aus 66). Bei der ersten Publikation (1936) beschrieb Moniz 20 Fälle, von denen 7 Patienten geheilt und 7 gebessert worden seien. 6 Patienten blieben unverändert (aus 66).

In den folgenden Jahren wurden in vielen Ländern Versuche mit der Leukotomie vorgenommen. Der Neurologe Freeman (22) führte diese Methode in leicht veränderter Form (transorbitale Leukotomie) in den USA ein. Eine Studie über 855 amerikanische Krankenhäuser im Zeitraum von 1945 bis 1949 zeigt die rasche Verbreitung dieser Behandlung (65):

1945	150 Operationen
1946	496 Operationen
1947	1171 Operationen
1948	2281 Operationen
1949	5074 Operationen

In Deutschland konnte sich die Lobotomie nicht durchsetzen. Valenstein (65) beschreibt dies als eine Folge der medizinischen Verbrechen im 3. Reich, nach welchen die deutschen Ärzte mit derartigen Versuchen zurückhaltender gewesen seien.

In Artikeln von Rüsken (60) und Stender (62), welche trotzdem einige Operationen in Berlin durchführten, werden die Vorbehalte gegen diese „verstümmelnde Beruhigungsmethode“ recht deutlich. So wurden tiefgreifende Persönlichkeitsänderungen, Antriebsverarmung und Affektverflachung beobachtet. Auch bei gelungener Änderung des Symptombildes, im Sinne einer mehr oder weniger geglückten Wiederherstellung der sozialen Eingliederung und Arbeitsfähigkeit, konnte in keinem Fall von einer wirklichen Remission im Sinne einer Heilung gesprochen werden.

## 2.7 Psychotherapie

Neben den somatischen Behandlungsmethoden entwickelten sich auch psychotherapeutische Herangehensweisen. 1928 stellte Bychowski an den Anfang eines Artikels über die Psychotherapie die Frage: „Ist eine Psychotherapie der Schizophrenie überhaupt möglich?“ (12). Vor allem von pathologisch-anatomisch orientierten Psychiatern wurde der Wert dieser Behandlung in Frage gestellt. Trotzdem bestand zumindest kein Zweifel an dem gewaltigen Einfluss psychischer Faktoren auf den Verlauf und die Symptomatik der Krankheit, wie Bychowski (12) klarstellte.

So propagierte E. Bleuler die therapeutische Bedeutung von Frühentlassungen, der Versetzung von einer Anstalt in die andere und vor allem der Arbeit.

Den Wert dieser Maßnahmen stellte E. Bleuler in seinem Lehrbuch der Psychiatrie dar: „So bald als möglich sind die Kranken wieder zu entlassen, da man sie später viel weniger leicht hinausbringt, denn nicht nur die Patienten, sondern vielleicht noch mehr die Verwandten gewöhnen sich zu rasch an die Sequestration. (...) Dagegen ist das souveräne Mittel, das in der Mehrzahl der Fälle noch recht viel, manchmal alles Wünschbare leistet, die Erziehung zur Arbeit unter möglichst normalen Verhältnissen.“ (9).

Die konsequenteste Umsetzung der Arbeitstherapie zeigte sich in der Anstalt Gütersloh durch den Direktor Simon. Auch Kehrer, der Direktor der hiesigen Klinik, zeigte sich nach einer Besichtigung beeindruckt. Laut Kehrer waren dort 97% der Patienten in handwerklichen Berufsarbeiten einbezogen. Er bezeichnete die Anstalt „als das Mekka aller fortschrittlichen Psychiater aus ganz Europa.“ (42).

So zeigte sich beispielsweise M. Bleuler (10) verwundert, dass sich trotz ihrer Erfolge die Simonsche Arbeitstherapie nur in wenigen Kliniken Eingang verschaffte.

Neben der Arbeitstherapie wird die Suggestionstherapie erwähnt. So sei es, wie Langenstrass ausführt (48), sowohl dem New Yorker Psychoanalytiker Brill als auch E. Bleuler gelungen, mittels stundenlang fortgesetzter Verbalsuggestion einen sonst unzugänglichen tiefen Stuporzustand auf kurze Zeit zu unterbrechen. Diese Form der Psychotherapie wurde vor allem bei beginnenden oder abortiven Fällen eingesetzt. So beschränkte sich beispielsweise Bychowski in akuten Phasen lediglich auf die Beruhigung des Kranken (12).

Die zunehmende Bedeutung der Psychotherapie wird durch das Fazit von M. Bleuler zu diesem Thema deutlich: „Die Flut von Arbeiten über die körperlichen Behandlungsmethoden vermag die Tatsache nicht zu verbergen, dass sich die Hoffnungen während der Berichtszeit – von 1941 bis 1950 – von der körperlichen Behandlung zur Psychotherapie hin verschoben haben.“ (10).

An der hiesigen Klinik kam vor allem die Beschäftigungstherapie zum Einsatz. Die Patienten wurden hier in Garten- und Stationsarbeiten eingebunden oder aber auch mit Handarbeiten und Spielen beschäftigt.

Es gab somit deutliche Unterschiede zu den Maßnahmen der Provinzheilanstalten, die ihre Patienten in eigenen landwirtschaftlichen und handwerklichen Betrieben wirtschaftlich produktiv beschäftigten. Hier sei noch einmal das Beispiel der Simonschen Arbeitstherapie in Gütersloh erwähnt.

Kehrer (42) begründet die Unterschiede in seiner Klinik damit, dass die Umsetzung der „Simon-Methode“ an einer Universitätsklinik aufgrund der kurzen Behandlungszeit nicht möglich sei.

Daher wurden viele Patienten nach Abklingen der Akutphase zwecks weiterer Arbeitstherapie in die Provinzheilanstalten, unter anderem auch nach Gütersloh, verlegt.

### 3. Behandlungsmethoden des 19. Jahrhunderts

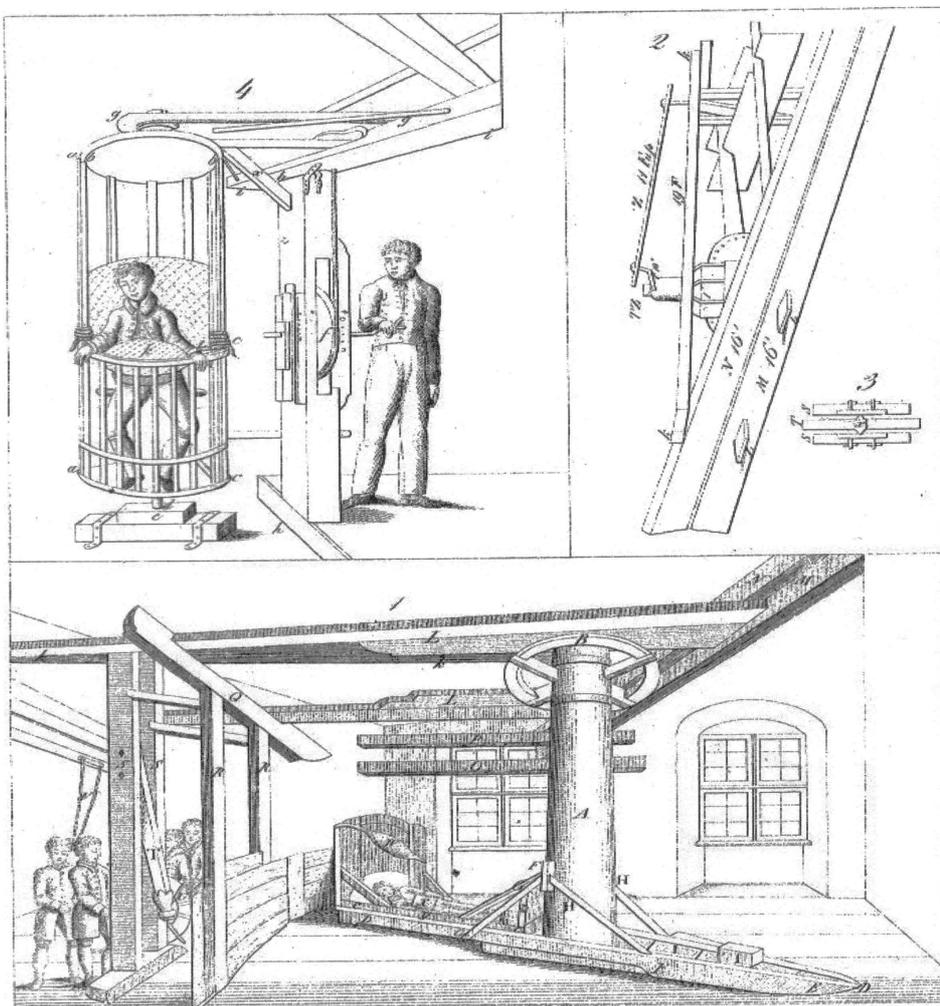
Die Fortschritte der eben beschriebenen Methoden werden besonders deutlich, wenn man die „Irrenbehandlung“ im 19. Jahrhundert betrachtet, welche in den meisten Lehrbüchern zur Geschichte der Psychiatrie als „barbarische Methoden“ bezeichnet werden (46, 53). Hier werden häufig die Eiswasserbehandlungen, das Hetzen und Schlagen von Patienten oder die Drehmaschinen erwähnt.

Die besten Überlieferungen findet man für die Drehstuhlbehandlungen, welche an dieser Stelle kurz beschrieben werden soll.

Diese Methode wurde erstmals 1806 von J.M. Cox (13) beschrieben und etwa bis 1840 eingesetzt.

Bei den Drehmaschinen handelte es sich um mechanisch aufwendig konstruierte Apparaturen, in denen die Patienten aufrecht sitzend oder horizontal liegend in möglichst schnellen Schwingungen um ihre Achse gedreht wurden (Abbildung 1).

Abbildung 1 (Quelle: Müller 55)



Die Auswirkungen auf die Patienten reichten von Schwindel und Erbrechen bis hin zum Bewusstseinsverlust.

Die Indikationen dieser Behandlung werden in einer ausführlichen Arbeit von Müller (55) genannt: „Schwermütige, störrische und unfolgsame Kranke wurden dadurch zu Ordnung und Folgsamkeit gebracht, Wahnsinnige mit der Neigung zu Selbstmord wurden dadurch wohl­tätig erschüttert und umgestimmt.“

Als therapeutisches Agens wurden das Erregen von Unlust und Angst betrachtet, aber auch andere physiologische Wirkungen erwogen, wie z.B. die Heilsamkeit des Schwindels, das Erbrechen von „schädlichem“ Magensaft oder die Veränderung der Blutzufuhr zum Gehirn (55). Bonnhoeffer (11) führte die Wirksamkeit auf eine ähnliche Schockwirkung, wie sie auf medikamentösen Wege mit Insulin und Cardiazol erzielt wurde, zurück.

#### 4. Das Dritte Reich: Vom Erbgesundheitsgesetz zur T4 Aktion

Bei der Untersuchung der Behandlung psychisch kranker Patienten im Untersuchungszeitraum, kann der geschichtliche Kontext nicht unberücksichtigt bleiben. So ist die Rolle der deutschen Psychiatrie im Dritten Reich sicherlich das dunkelste Kapitel ihrer Geschichte.

##### 4.1 Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Hier muss das „Gesetz zur Verhütung Erbkrankennachwuchses“ vom 14. Juli 1933 genannt werden, welches schon wenige Monate nach der „Machtergreifung“ am 30. Januar 1933 erlassen wurde. Blasius (8) schreibt dazu, „Der Rassengedanke war von Beginn an der Zentralinhalt nationalsozialistischer Politik.“

Die Sterilisation psychisch kranker Patienten war aber keineswegs eine neue Idee der Nationalsozialisten. So schrieb z.B. E. Bleuler schon 1911 über therapeutische Kastrationsversuche, diese seien zwar unnützlich, „(...)werden aber hoffentlich hier wie bei anderen koitusfähigen Trägern einer pathologischen Anlage aus rassenhygienischen Gründen bald in größeren Maßstab angewendet werden können.“ zitiert nach Bangen (2).

Die Tatsache, dass eine Autorität wie Bleuler derartige Maßnahmen propagierte, zeigt den Stellenwert des Gedanken der Rassenhygiene im damaligen Zeitgeist. „Die individuelle Verpflichtung gegenüber dem Patienten wurde mehr und mehr durch eine

Verpflichtung gegenüber dem „Volkskörper“ ersetzt. Die Erhaltung und Mehrung der „Volkskraft“ war oberstes Gebot.“(52). Schließlich hat sicherlich auch die Niederlage im ersten Weltkrieg und die spätere Weltwirtschaftskrise dazu beigetragen, solches Gedankengut zu fördern. Die Verbreitung solcher Gedanken in der Ärzteschaft wird auch darin deutlich, dass Rüdin, der damals führende Genealoge, als einer der geistigen Väter und eifrigsten Verfechter des Erbgesundheitsgesetzes genannt werden muss.

Im „Gesetz zur Vermeidung erbkranken Nachwuchses“ wurde erfasst:

1. angeborener Schwachsinn
2. Schizophrenie
3. zirkuläres (manisch-depressives) Irrsein
4. erbliche Fallsucht
5. erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)
6. erbliche Blindheit
7. erbliche Taubheit
8. schwere erbliche körperliche Missbildungen

ferner wurde erfasst: schwerer Alkoholismus

Das Erbgesundheitsgesetz befindet sich im Original im Anhang dieser Arbeit.

Der behandelnde Arzt war bei der Diagnose einer der aufgeführten Erkrankungen verpflichtet, den Patienten als „erbkrankverdächtig“ dem Amtsarzt zu melden. Dieser meldete den „Erbkranken“ dann seinerseits dem Erbgesundheitsgericht. Das Erbgesundheitsgericht bestand aus einem Richter und zwei beisitzenden Ärzten, welche allerdings aus allen Fachrichtungen rekrutiert wurden. Gegen den Beschluss des Erbgesundheitsgerichts konnte der Patient Beschwerde einlegen und der Fall wurde erneut vor dem Erbgesundheitsobergericht verhandelt. Der Beschluss des Erbgesundheitsobergerichts war nicht mehr anfechtbar. Wie Möhrle (52) ausführt, musste sich der Patient, nach erfolgtem Sterilisationsbeschluss, freiwillig in eine Klinik begeben, andernfalls wurde er wie ein Verbrecher zur Fahndung ausgeschrieben und der Klinik durch die Polizei zugeführt.

Rund 360000 Menschen wurden auf diese Weise Opfer der Zwangssterilisation. Etwa 5000 Patienten, meist Frauen, starben infolge des Eingriffs (52). Dabei behauptete Rüdin in seinem Kommentar zum Erbgesundheitsgesetz: „Irgendwelche

gesundheitlichen Störungen sind von der Unfruchtbarmachung weder bei Mann noch bei Frau zu befürchten.“ zitiert nach Luxenburger (49).

Unmittelbar nach dem Krieg fand eine Auseinandersetzung mit der Zwangsterilisation oder gar eine Entschädigung der Opfer nicht statt. Das Erbgesundheitsgesetz wurde von den Siegermächten nicht als „NS-typisches“ Gesetz angesehen und daher nicht außer Kraft gesetzt. Dies beruhte offensichtlich darauf, dass es sowohl in den USA als auch in einigen europäischen Staaten bereits seit den dreißiger Jahren ähnliche Regelungen gab (45). Entschädigungsansprüche der Opfer wurden zurückgewiesen. Sie wurden nie als Verfolgte des Naziunrechts anerkannt. Erst in den achtziger Jahren erfolgte eine Entschädigung aus einem Härtefallfond. Die Höhe der Entschädigung wurde auf 5.000,00 DM beschränkt (57). Das Gesetz selbst wurde für das Bundesgebiet erst 1974 aufgehoben (BGBL I 1974 S.29)

#### 4.2 T4-Aktion

Trotz dieser radikalen Umsetzung des Rassengedankens ließ man die Betroffenen wenigstens am Leben. Dies änderte sich im Oktober 1939 durch ein auf den 1. September 1939 zurückdatiertes „Ermächtigungsschreiben“ Hitlers:

„Reichsleiter Bouhler und Dr. med. Brandt sind unter Verantwortung beauftragt, die Befugnisse namentlich zu bestimmender Ärzte so zu erweitern, dass nach menschlichen Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann“ (aus 33)

Obwohl weder Gesetz noch unumgehrer Befehl diente dies als Grundlage zur Tötung Tausender psychisch Kranker im Rahmen der Euthanasieaktion T4, wie Möhrle (52) in seinem Artikel feststellt.

T4 stand für Tiergartenstraße 4 in Berlin, Sitz der zentralen Dienststelle und des Organisationsorgans der Aktion. In den Jahren 1940 und 1941 wurden in Deutschland die 5 Heil- und Pflegeanstalten Grafeneck, Bemburg, Hadamar, Hartheim und Sonnenstein sowie die Strafanstalt Brandenburg in Mordanstalten umgewandelt. Mittels Meldebögen sollten sämtliche Patienten mit Schizophrenie, Paralyse, Epilepsie, Schwachsinn, Encephalitis oder Huntingtonscher Chorea sowie kriminelle Geistesranke oder Patienten mit einem über 5 Jahre dauernden Anstaltsaufenthalt erfasst werden (52).

Nach einer Begutachtung wurde dann eine „Verlegung“ in eine der oben genannten Anstalten veranlasst, wo die Ermordung der Patienten erfolgte. Hierbei wurden erstmals

die Methoden (z.B. das Töten durch Gas) erprobt, welcher später in den Vernichtungslagern angewandt und „vervollkommnet“ wurden. Zwischen 1940 und 1941 fielen über 70000 psychisch kranke Menschen der T4 Aktion zum Opfer. Im August 1941 wurde sie wegen des Protestes der Bevölkerung und der Kirchen eingestellt. Innerhalb dieser Protestbewegung nahm unter anderem Kardinal Graf von Galen aus Münster eine führende Rolle ein.

Doch auch danach wurden in unorganisierter Weise bis zum Kriegsende 1945 heimlich weiterhin psychisch Kranke ermordet. Blasius (8) erklärt dies durch eine „Bewusstseinsdeformation“ der beteiligten Ärzte: „Das Töten kranker Menschen war für sie zur Handlungsroutine geworden, die Macht, über Leben und Tod zu entscheiden, zu einem Privileg, auf das sie nicht verzichten wollten.“

Die Gesamtzahl der Opfer dieser „wilden Euthanasie“ wird auf 200000 geschätzt (33).

## 5. Die Universitäts-Nervenlinik Münster unter der Leitung von Prof. Kehrer

Da die Fragestellung anhand der Krankengeschichten der Universitäts-Nervenlinik Münster untersucht wurde, soll hier kurz auf die Gründung der Klinik sowie auf den ersten Direktor Prof. Dr. Kehrer eingegangen werden.

Als 1925 die medizinische Fakultät der „Westfälischen Wilhelms-Universität“ eröffnet wurde, fehlte noch eine psychiatrisch-neurologische Klinik. Es gab zwar seit 1878 die Provinzheilanstalt „Marienthal“, die mit 2 1/2 Kilometern allerdings zu weit von den sonstigen Universitätskliniken entfernt lag. Kehrer (42) schrieb dazu: „Allein schon aus der Entwicklung des Zeitgeistes der Medizin nach dem 1. Weltkrieg, der nach dem hindrängte, was später zu dem Kennwort „psychosomatisch“ geführt hat, war es dringend erwünscht, dass in Münster die psychiatrisch-neurologische Klinik in jeder Beziehung, ein Glied in der Kette aller Institute werde.“ So kam es in Münster zu einer klaren Trennung zwischen „Anstalts- und Universitätspsychiatrie“.

Die erste Abteilung der Klinik wurde am 8.10.1928 eröffnet. 1930 und 1932 erfolgte schrittweise die Eröffnung der weiteren Abteilungen.

Bei der Planung der Klinik versuchte Kehrer „...die psychiatrische Anstalt auf ein der Zeit entsprechendes Niveau zu bringen bzw. auf ihm zu halten.“ (42).

Kehrer Bewunderung für die Simonsche-Arbeitstherapie sowie seine Einschätzung zur Umsetzbarkeit derselben an einer Universitätsklinik wurde schon erwähnt. So ging Kehrer einen Kompromiss ein, indem er geräumige Grünanlagen „zur

Beschäftigungstherapie mit Garten- und Ackerarbeiten im Sinne Simons“ anlegen ließ (42).

Es muss allerdings auch die Einrichtung zweier Isolierzellen und Dauerbäder erwähnt werden. Wie schon der Name „Zelle“ suggeriert, wurden sehr unruhige Patienten in diesen eingesperrt, bis es zu einer Beruhigung kam. Es befand sich lediglich ein Bett in diesen Räumen, um Eigengefährdung durch Gegenstände zu verhindern. Außerdem konnte der Patient durch eine Tür Luke beobachtet werden.

Nach Kehrs (42) eigenen Angaben versuchte er die Benutzung dieser Zellen möglichst einzuschränken: „(..)allein ich selbst oder in meiner Vertretung der Oberarzt dürfen anordnen, ob und wie lange eine solche Isolierung zu erfolgen habe. In Wirklichkeit erging jene nur in ganz wenigen Fällen.“ In wieweit diese Aussage dem Klinikalltag entsprach, wird im Ergebnisteil dieser Arbeit dargestellt.

## 6. Ferdinand Adalbert Kehr

Ferdinand Adalbert Kehr wurde am 19. Juli 1883 in Heidelberg geboren. Er studierte in Heidelberg, Berlin, München und Kiel und wurde 1908 in Heidelberg approbiert. Danach arbeitete er als Assistenzarzt in den Psychiatrisch-Neurologischen Kliniken Freiburg und Kiel. 1914 erlangte er in Breslau seine Habilitation für Psychiatrie und Neurologie. 1925 wurde er Ordinarius seiner Fachrichtung an der Westfälischen Wilhelms – Universität Münster. Von 1928 bis 1953 stand er der hiesigen Klinik als Direktor vor. Er starb am 9. März 1966 in Münster.

Der Direktor einer Klinik nimmt selbstverständlich Einfluss auf das Gesamtbild derselben. Dies dürfte in der damaligen, durch Obrigkeitshörigkeit geprägten Zeit in besonderem Maße gegolten haben. Somit sind Kehrs persönliche Einstellung zur Behandlung der Schizophrenie, sowie seine Rolle bzw. Position im 3. Reich für diese Arbeit von hohem Interesse und werden daher in der Diskussion ausführlich erörtert.

## **II. Methodik**

### **1. Patientenkollektiv**

Die Art der Behandlung der Schizophrenie vor Einführung der Neuroleptika wurde anhand der Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten der Neurologischen und Psychiatrischen Universitätsklinik Münster (der heutigen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Westfälischen Wilhelms - Universität) untersucht. Berücksichtigung fanden dabei 200 Patienten aus den Jahren 1928 bis 1934 und 100 Patienten aus den Jahren 1939 bis 1940.

Die Patienten aus den genannten Zeiträumen wurden aus dem Hauptbuch des hiesigen Archivs ausgesucht. Dabei wurden diejenigen Krankenblätter ausgewählt, bei denen im Hauptbuch eine der folgenden Diagnosen genannt wurde: Schizophrenie, Dementia praecox, paranoide Schizophrenie, Hebephrenie, Katatonie, schizophreses Residuum, beginnende Schizophrenie, Schizophrenia simplex oder Spätschizophrenie.

In den meisten Fällen aber fand sich im Hauptbuch nur die Diagnose „Schizophrenie“, und eine genauere Differenzierung konnte erst in den jeweiligen Krankenblättern gefunden werden.

Nicht berücksichtigt wurde die Diagnose „Paranoia“ (im Untersuchungszeitraum 34 Fälle). Diese Akten wurde mit der Vermutung, dass sich unter dieser Diagnose Fälle von paranoider Schizophrenie befinden könnten, zunächst ebenfalls ausgewählt. Bei Durchsicht dieser Krankenblätter zeigte sich zwar ein ausgeprägtes Wahnerleben aber keine weiteren charakteristischen Symptome wie Halluzinationen, desorganisierte Sprache, desorganisiertes Verhalten, katatone Symptome oder Negativsymptomatik (z.B.: Affektverflachung, Sprachverarmung oder Apathie). Aufgrund eben dieser Unterschiede wurde die Paranoia sowohl damals als auch nach den heutigen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV als gesonderte Diagnose behandelt.

Von 33 Patienten, welche aus dem Hauptbuch ausgewählt wurden, waren die Krankenblättern leider nicht mehr aufzufinden.

Nach näherer Durchsicht konnte bei insgesamt 9 weiteren Krankenblättern nicht mehr die Diagnose Schizophrenie angenommen werden. Meist handelte es sich hierbei um Differenzialdiagnosen exogener Genese. So fanden sich mehrere Fälle von Patienten

mit psychotischen Symptomen, welche im direkten Zusammenhang mit akuten Infektionen auftraten. Bei zwei Patienten trat die Symptomatik nach Gasvergiftungen (im 1. Weltkrieg) auf, so dass auch hier von einer organischen Genese auszugehen ist. Diese Krankengeschichten fanden bei der weiteren Auswertung keine Berücksichtigung.

So konnten also 258 Patientenakten zur statistischen Auswertung verwendet werden.

Diese 258 Patientenakten haben folgende Aufteilung:

- 171 Patientenakten betreffen den Zeitraum von 1928 bis 1934
- davon 92 Frauen und 79 Männer
- 87 Patientenakten betreffen den Zeitraum von 1939 bis 1940
- davon 45 Frauen und 42 Männer

Der erste Untersuchungszeitraum betrifft die Schizophreniepatienten, welche in der hiesigen Klinik seit ihrer Gründung 1928 bis 1934 aufgenommen wurden. Er enthält also die ältesten hier verfügbaren Akten.

Zur genaueren Untersuchung der Behandlung von Schizophreniepatienten im Dritten Reich wurde der Untersuchungszeitraum von 1939 bis 1940 ausgewählt.

In den Untersuchungszeiträumen wurden insgesamt 8495 Patienten aufgenommen, dabei handelte es sich bei 5270 Patienten um neurologische bei 3225 Patienten um psychiatrische Fälle.

Der prozentuale Anteil der Diagnose „Schizophrenie“ (291 Fälle) an den psychiatrisch behandelten Patienten lag bei etwa 9%.

## 2. Auswertung der Krankengeschichten

Zur Bearbeitung der Krankengeschichten wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, anhand dessen folgende Punkte systematisch beobachtet und dann statistisch ausgewertet wurden:

Persönliche und familiäre Grunddaten

Psychische Vorerkrankungen

Somatische Vor- und Begleiterkrankungen

Psychopathologie

Diagnostik und Diagnose

Stationäre Behandlung

Medikation

Verlauf der Symptomatik

Der Erhebungsbogen befindet sich im Anhang dieser Arbeit

Die Auswertung der Krankenakten gestaltete sich recht schwierig. In sämtliche Akten fanden sich fast ausschließlich handschriftliche Aufzeichnungen, zum Großteil in Sütterlinschrift verfasst. Einzelne Handschriften waren dabei nur sehr schwer lesbar. Des weiteren war der Aufbau der Akten wenig standardisiert, sondern hing relativ stark vom jeweiligen Stil der verschiedenen Ärzte ab. Insgesamt können die Akten nicht mit heutigen Dokumentationsstandards verglichen werden. So konnte beispielsweise in kaum einer Akte ein ausführlicher Verlegungs- oder Entlassungsbrief gefunden werden. Die meisten Daten konnten den Aufnahme- und Verlaufsberichten der jeweiligen Ärzte und den Pflegeberichten entnommen werden.

Um die Auswertung der Psychopathologie zu erleichtern, wurde eine Differenzierung des Symptombildes in positive Symptome und negative Symptome vorgenommen. Dabei sind positive Symptome so definiert, dass sie bei schizophrenen Patienten vorkommen, beim gesunden Patienten aber nicht. Sie sind der gesunden Psyche „aufgelagert“ (Plussymptome). Bei negativen Symptomen handelt es sich um Eigenschaften, welche beim schizophrenen Patienten gegenüber Gesunden nicht bzw. vermindert vorkommen (Minussymptome).

Die nachfolgende Tabelle zeigt, welche Symptome der Plussymptomatik bzw. der Negativsymptomatik zugeordnet wurden. Die Zuordnung orientiert sich an den Skalen der PANSS (positiv and negative syndrome scale), eine in der psychiatrischen Praxis gängige Beurteilungsskala zur Erfassung der Symptomatik.

**Beurteilung der Positiv- und Negativsymptomatik**

Positivskala	Negativskala
Wahnideen	Affektverarmung
formale Denkstörungen	emotionaler Rückzug
Halluzinationen	mangelnde Beziehungsfähigkeit
Erregung	passiver apathischer Rückzug
Größenwahn	erschwertes Abstraktionsvermögen
Misstrauen/Verfolgungswahn	mangelnde Spontaneität/Redefluss
Feindseligkeit	stereotypes Denken

Um den Verlauf der Symptomatik während der Behandlung in der hiesigen Klinik beurteilen zu können, wurde der psychopathologische Status bei Aufnahme (t1) und bei Entlassung (t2) erhoben. Durch den Vergleich dieser beiden Erhebungen konnte eine Einteilung in folgende Kategorien vorgenommen werden:

- ohne Symptome entlassen
- als „gebessert“ entlassen
- „ungebessert“ entlassen
- mit verschlimmelter Symptomatik entlassen

Diese Einteilung wurde allerdings nicht ausschließlich durch den quantitativen Vergleich der Symptome bei Aufnahme und Entlassung, sondern auch unter Berücksichtigung der Qualität vorgenommen. So wurden bei mehreren Patienten zwar bei Entlassung dieselben Symptome wie bei der Aufnahme betrachtet, allerdings in einer eher residualen Form, welche mit einer deutlich geringeren Belastung für diese Patienten einherging.

### 3. Vorgehen bei der statistischen Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS. Zunächst wurde eine deskriptive Betrachtung des Patientenkollektivs vorgenommen. Hierbei fanden das Manifestationsalter, die Symptomatik, die Diagnosen und die Behandlungsdauer Berücksichtigung.

Des Weiteren wurden die verschiedenen Behandlungsmethoden und der jeweilige Verlauf verglichen. Dies erfolgte durch die Erstellung von Kreuztabellen, in welchen die entsprechenden Variablen gegenübergestellt wurden. Mit Hilfe des Chi-Quadratstest konnten die Ergebnisse anschließend auf Signifikanz geprüft werden.

In einem weiteren Kapitel wurden die Auswirkungen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ betrachtet.

### III. Ergebnisse

#### 1. Patientenzusammensetzung

Wie schon im Kapitel Methodik dargestellt, setzt sich die Untersuchungspopulation wie folgt zusammen:

- 171 Patientenakten im Zeitraum von 1928 bis 1934
- davon 92 Frauen und 79 Männer
- 87 Patientenakten im Zeitraum von 1939 bis 1940
- davon 45 Frauen und 42 Männer

Betrachtet man das Aufnahmejahr ergibt sich folgendes Bild (Grafik 1 und Tabelle1):

Grafik 1: **Aufnahmedatum der Patienten**

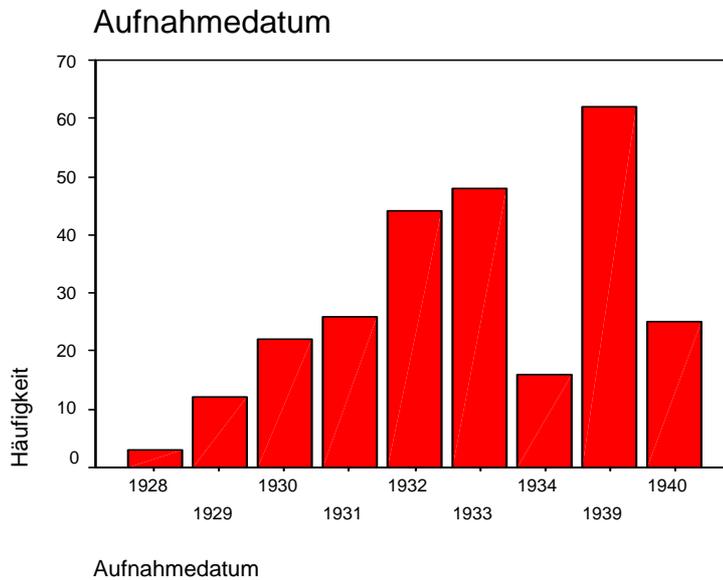


Tabelle 1: **Aufnahmedatum der Patienten**

	psychiatrisch	schizophren	psychiatrisch und neurologisch
1928	58 (38,9%)	3 (5,2%)*	149
1929	247 (35,3%)	12 (4,9%)*	699
1930	354 (39,1%)	22 (6,2%)*	906
1931	425 (37,0%)	26 (6,1%)*	1148
1932	519 (38,3%)	44 (8,5%)*	1354
1933	579 (39,5%)	48 (8,3%)*	1467
1934	129 (45,5%)	16 (12,4%)*	283
1939	600 (34,3%)	62 (10,3%)*	1750
1940	314 (42,5%)	25 (8,0%)*	739
gesamt	3225(38,0%)	258(8,0%)*	8495

\* Prozentualer Anteil der schizophrenen Patienten in Bezug auf die psychiatrischen Patienten.

In Grafik 1 fallen zunächst die seit der Gründung der hiesigen Klinik (am 8.10.1928) stetig steigenden Patientenzahlen auf. Dieses Bild korreliert mit der Gründung der Klinik am 8.10.1928 und den schrittweise vorgenommenen Erweiterungen 1930 und 1932 (42). Tabelle 1 zeigt, dass hier keine isolierte Zunahme der Anzahl von Schizophreniepatienten vorliegt, sondern dass auch die Gesamtzahl der Patienten (neurologisch und psychiatrisch) entsprechend zugenommen hat. Die auffallend geringen Patientenzahlen 1934 und 1940 erklären sich dadurch, dass diese Jahrgänge nicht vollständig erfasst wurden, da die gewünschte Patientenzahl im jeweiligen Untersuchungszeitraum schon erreicht war. Bei vollständiger Erfassung hätten sich diese Zahlen wohl ungefähr auf dem Niveau des entsprechenden Vorjahres bewegt.

## 2. Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

Tabelle 2 spiegelt die Diagnostik in den ausgewerteten Krankenblättern wider. Am häufigsten ist hier die Diagnose der „nicht näher differenzierten“ Schizophrenie (24,4%). Unter dieser Diagnose werden die Fälle zusammengefasst, bei welchen die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde, ohne eine weitere Zuordnung vorzunehmen. Insgesamt 57% nehmen die paranoide (21,7%), die hebephrene (19,4%) und die katatone (15,6%) Form ein. Seltener sind das schizophrene Residuum (5%) oder die beginnende Schizophrenie (6,2%) aufgeführt. Anderen Diagnosen kommt nur eine marginale Bedeutung zu. Daher werden diese Diagnosen (Schizophrenia simplex, Spätschizophrenie, Mischtypen, depressive Schizophrenie) bei den weiteren Auswertungen nicht mehr im einzelnen aufgeführt, wenngleich sie bei der Errechnung der Gesamtergebnisse mitberücksichtigt werden.

Tab. 2: **Häufigkeitsverteilung der Diagnosen**

Diagnosen		Häufigkeit	Prozent
gültig	Schizophrenie (nicht näher differenziert)	63	24,4
	paranoide-halluzinatorische Schizophrenie	56	21,7
	Hebephrenie	50	19,4
	Katatonie	41	15,9
	beginnende Schizophrenie	16	6,2
	schizophrenes Residuum	13	5,0
	Spätschizophrenie	8	3,1
	Mischtypen	7	2,7
	Schizophrenia simplex	2	0,8
	depressive Schizophrenie	2	0,8
	gesamt	258	100,0

### 3. Erkrankungsalter

#### 3.1 Aufnahmealter

Das Aufnahmealter (Tabelle 3) der Patienten liegt zwischen 15 und 59 Jahren. Der Median liegt bei 30 Jahren mit einer Standardabweichung von ca. 10 Jahren. Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen ( $p=0,253$ ).

Tab. 3: **Aufnahmealter**

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt
N	119	136	255
Mittelwert	29,9	31,3	30,6
Median	28	30	30
Standardabweichung	10,2	10,2	10,2
Varianz	104,3	104,3	104,3
Minimum	16	15	15
Maximum	57	59	59

#### 3.2 Alter bei Erstdiagnose

Tabelle 4 stellt das Alter der Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung dar. Hierbei musste es sich nicht zwangsläufig um die Diagnose „Schizophrenie“ handeln, da die Erkrankung häufiger bei der Erstdiagnose nicht als solche erkannt wurde.

Hier liegt der Median bei 27 Jahren mit einer Standardabweichung von ca. 9 Jahren. Es kam also im Durchschnitt 3 Jahre vor der Aufnahme in der hiesigen Klinik zu einer Diagnose einer psychischen Erkrankung. Bei der Erstdiagnose zeigt sich ein tendenzieller Geschlechtsunterschied ( $p=0,076$ ). Der Median bei den Männern beträgt hier 25 Jahre, bei den Frauen 28 Jahre.

Tab. 4: **Alter bei Erstdiagnose**

Alter beim ersten Auftreten in Jahren	Männer	Frauen	gesamt
N	120	136	256
Mittelwert	27,4	29,26	28,3
Median	25	28	27
Standardabweichung	8,9	9,4	9,2
Varianz	79,9	88,6	85
Minimum	16	15	15
Maximum	57	59	59

## 4. Behandlungsdauer

### 4.1 Dauer der stationären Behandlung

Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit der durchschnittlichen Behandlungsdauer, sowie mit einzelnen Faktoren, die diese beeinflussen. In Tabelle 5 werden dabei zwei Punkte deutlich:

1. – große Schwankungen in der Behandlungsdauer (1 bis 369 Tage)
2. – kurze Behandlungszeiten (45 Tage im Median)

Bei der weiteren Untersuchung fiel ein tendenzieller Geschlechtsunterschied ( $p=0,058$ ) mit längerer Behandlungsdauer bei den Frauen auf.

Als Ursache für dieses Ergebnis wurde ein systematischer Fehler gefunden:

In der Untersuchungsgruppe finden sich 26 Patienten, welche hauptsächlich aus gutachterlichen, weniger aus therapeutischen Gründen aufgenommen wurden. In diesen Fällen ging es um Renten- und Versorgungsansprüche – Schizophrenie als Folge von Kriegbeschädigungen, Arbeitsunfällen, usw. Der Aufenthalt dieser Patienten lag im Median bei nur 8,5 Tagen. Außerdem handelte es sich in 74% der Fälle um Männer, wodurch der Median bei den Männern natürlich nach unten verschoben wird.

Daher wurden im Folgenden diese 26 „Gutachterfälle“ unberücksichtigt gelassen und nur 232 Patienten in die statistische Auswertung der Behandlungsdauer einbezogen.

Bei den so korrigierten Daten ergab sich kein signifikanter Geschlechtsunterschied ( $p=0,283$ ).

Tab. 5: **Behandlungsdauer (korrigiert)**

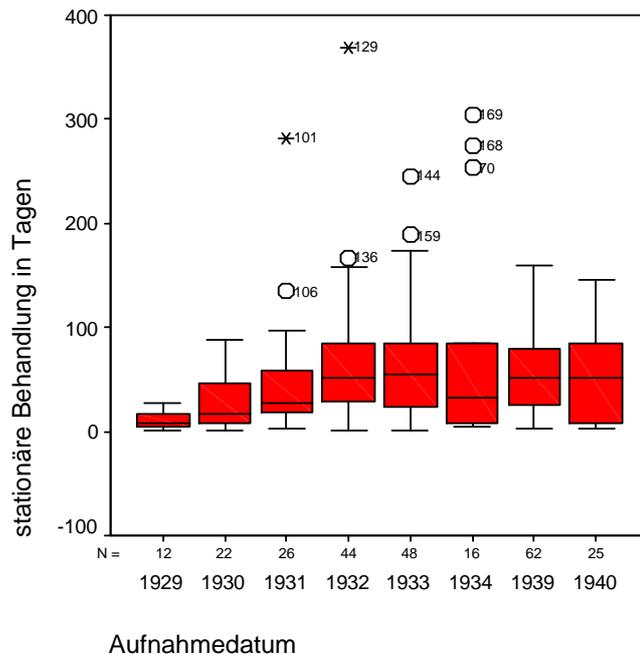
stationäre Behandlung in Tagen	Männer	Frauen	gesamt
N gültig	102	130	232
fehlend	0	0	0
Mittelwert	50,5	64,7	58,4
Median	43	50	45,5
Standardabweichung	41,9	63,3	55,2
Minimum	4	1	1
Maximum	253	369	369

### 4.2 Behandlungsdauer und Aufnahmedatum

Grafik 2 zeigt die Entwicklung der Behandlungszeit. Diese steigt zwischen 1929 (Median: 7 Tage) und 1932 (Median: 52 Tage) stetig an ( $p<0,001$ ). In den Jahren 1932

bis 1940 pendelt sich der Median dann zwischen 42 Tagen (1934) und 61 Tagen (1940) ein. Das Jahr 1928 wurde nicht berücksichtigt, da hier nur 3 Patienten aufgenommen wurden (siehe III.1).

Grafik 2: **Behandlungsdauer im Untersuchungszeitraum**



#### 4.3 Behandlungsdauer und Diagnose

In diesem Abschnitt werden die Zusammenhänge zwischen Behandlungsdauer und Diagnose bearbeitet.

Bei den ausgewerteten Daten gibt es keinen signifikanten Unterschied ( $p=0,683$ ) zwischen der Behandlungsdauer hebephrener (Median: 35 Tage) und paranoider (Median: 40,5 Tage) Schizophrener.

Die Behandlungsdauer katatonen Patienten ist dagegen signifikant ( $p=0,030$ ) länger. Im Median wurden die katatonen Formen 59 Tage behandelt. Signifikant kürzer ( $p<0,001$ ) ist dagegen die Behandlungszeit des schizophrenen Residuums (Median: 9 Tage).

## 5. Diagnosen

### 5.1 Häufigkeitsverteilung der Diagnosen

Dieser Punkt wurde schon Abschnitt 2 dargestellt.

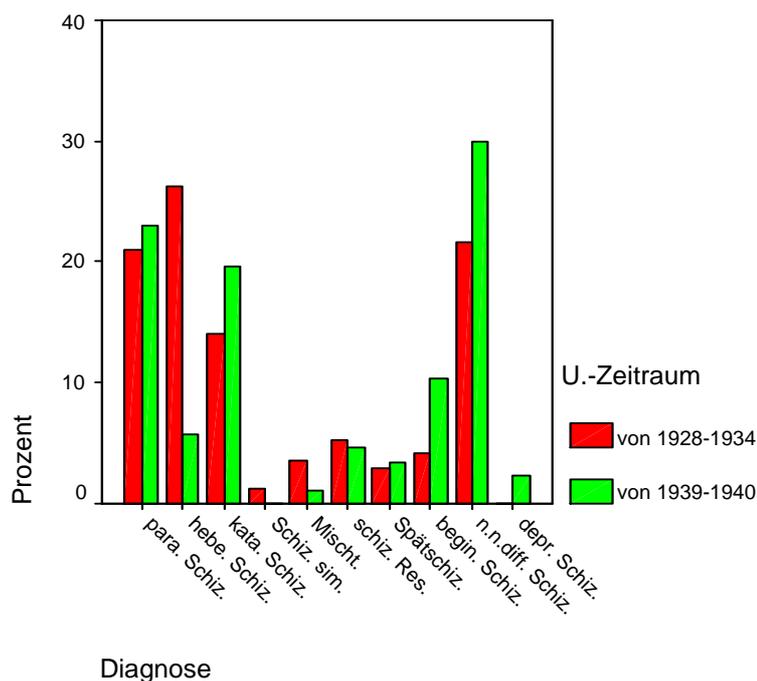
### 5.2 Unterschiede zwischen den Untersuchungszeiträumen

Grafik 3 zeigt einige Unterschiede zwischen den Untersuchungszeiträumen.

So fällt vor allem ein signifikanter Unterschied bei der Diagnose der Hebephrenie auf. Diese wurde im ersten Untersuchungszeitraum bei 26,3% der Patienten und im zweiten Untersuchungszeitraum nur bei 5,7% der Patienten diagnostiziert ( $p=0,003$ ).

Dagegen kommen die katatone, die beginnende und die nicht näher differenzierte Form im zweiten Untersuchungszeitraum häufiger vor, ohne dabei einen signifikanten Unterschied darzustellen.

Grafik 3: **Häufigkeit der Subtypen in den verschiedenen Untersuchungszeiträumen**



- Legende:
- |                   |   |
|-------------------|---|
| para. Schiz.:     | paranoide-halluzinatorische Schizophrenie |
| hebe. Schiz.:     | hebephrene Schizophrenie                  |
| kata. Schiz.:     | katatone Schizophrenie                    |
| Schiz. sim.:      | Schizophrenia simplex                     |
| Mischt.:          | Mischtypen                                |
| schiz. Res.:      | schizophrenes Residuum                    |
| begin. Schiz.:    | beginnende Schizophrenie                  |
| n.n.diff. Schiz.: | nicht näher differenzierte Schizophrenie  |
| depr. Schiz.:     | depressive Schizophrenie                  |

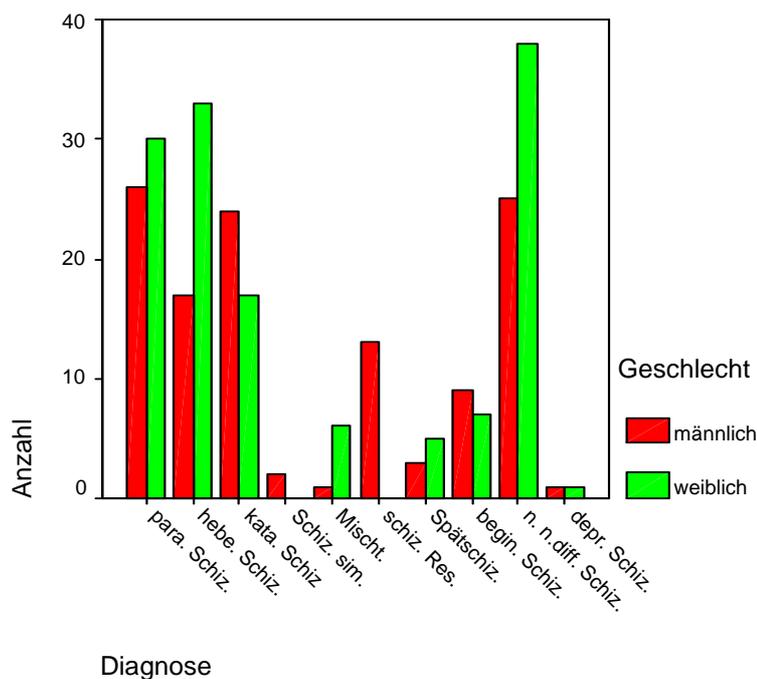
### 5.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Grafik 4 zeigt die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei den Diagnosen. Statistisch fassbare Unterschiede zeigen sich bei der Hebephrenie, der Katatonie und dem schizophrenen Residuum. Bei der Diagnose Hebephrenie (66%) findet sich eine deutliche Frauenwendigkeit ( $p=0,042$ ). Eine tendenzielle Männerwendigkeit findet sich bei der Katatonie (58,5%;  $p=0,1$ ).

Das schizophrene Residuum wurde ausschließlich bei Männern diagnostiziert ( $p<0,001$ ). Diese Diagnose wurde nur bei Patienten gestellt, welche hauptsächlich zur Begutachtung aufgenommen wurden. Wie schon in 3.1 erwähnt, handelte es sich dabei fast nur um Männer.

Die anderen Diagnosen weisen keine signifikanten Geschlechtsunterschiede auf.

Grafik 4: **Geschlechtsunterschiede in der Diagnostik**



- Legende:
- para. Schiz.: paranoide-halluzinatorische Schizophrenie
  - hebe. Schiz.: hebephrene Schizophrenie
  - kata. Schiz.: katatone Schizophrenie
  - Schiz. sim.: Schizophrenia simplex
  - Mischt.: Mischtypen
  - schiz. Res.: schizophrene Residuum
  - begin. Schiz.: beginnende Schizophrenie
  - n.n.diff. Schiz.: nicht näher differenzierte Schizophrenie
  - depr. Schiz.: depressive Schizophrenie

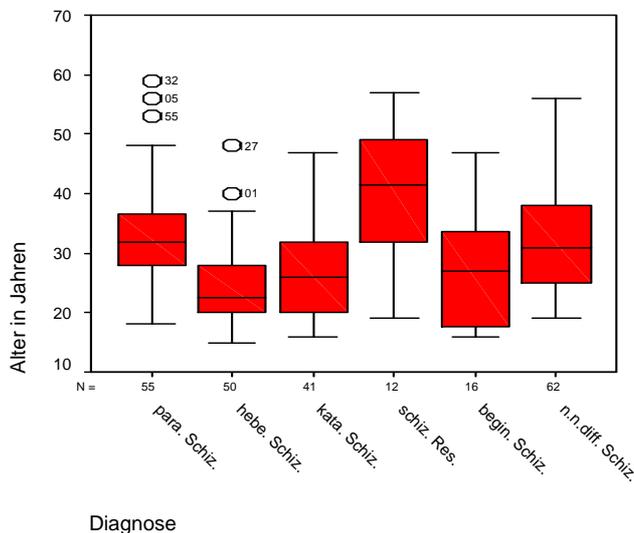
#### 5.4 Altersgipfel der Diagnosen

Bei der Betrachtung der Altersgipfel (Grafik 5) zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosen.

Der Median der paranoiden Form liegt bei 32 Jahren. Etwa im gleichen Alter (Median: 31 Jahre) sind die Patienten mit der Diagnose „nicht näher differenzierte Schizophrenie“ (kein signifikanter Unterschied:  $p=0,741$ ). Die hebephrenen Formen treten ca. 10 Jahre früher auf (Median: 22,5 Jahre;  $p<0,001$ ). Die Mediane der katatonen (26 Jahre) und beginnenden (27 Jahre) Formen liegen zwischen den vorhergenannten.

Am ältesten (mit einem Median von 41,5 Jahren) sind die Patienten mit der Diagnose des schizophrenen Residuums (signifikant älter als die paranoiden Patienten:  $p=0,037$ ).

Grafik 5: Altersgipfel der Diagnosen



- Legende:
- para. Schiz.: paranoide-halluzinatorische Schizophrenie
  - hebe. Schiz.: hebephrene Schizophrenie
  - kata. Schiz.: katatone Schizophrenie
  - schiz. Res.: schizophrenes Residuum
  - begin. Schiz.: beginnende Schizophrenie
  - n.n.diff. Schiz.: nicht näher differenzierte Schizophrenie

#### 5.5 Verlauf und Diagnose

Tabelle 6 verdeutlicht die Zusammenhänge zwischen Diagnose und Verlauf. Insgesamt zeigen hier 16,5% einen günstigen Verlauf (Symptomfreiheit oder Besserung). 81,5% zeigen dagegen keine Besserung oder sogar Verschlechterungen. 2% verstarben durch

Krankheit oder Suizid. Bei den paranoiden, hebephrenen, katatonen und nicht näher differenzierten Formen spiegelt sich diese Verteilung wider. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen diesen Diagnosen.

Eine Ausnahme stellt die beginnende Schizophrenie dar. Mit 37,5% Besserungen zeigt sich im Vergleich zur Gesamtpopulation ein signifikant ( $p=0,026$ ) günstigerer Verlauf für diese Diagnose.

Tab. 6: **Verlauf der verschiedenen Subtypen**

		Verlauf während der Behandlung					
Diagnosen		ohne Symptome entlassen	als gebessert entlassen	als ungebessert entlassen	verschlimmert während Symptomatik	während Behandlung verstorben	Gesamt
paranoide-halluzinatorische Schizophrenie		4 7,4	4 7,4	46 85,2	0 0,0	0 0,0	54 100,0
hebephrene Schizophrenie		4 8,0	8 16,0	38 76,0	0 0,0	0 0,0	50 100,0
katatone Schizophrenie		2 4,9	5 12,2	32 78,0	1 2,4	1 2,4	41 100,0
beginnende Schizophrenie		0 0,0	6 37,5	10 62,5	0 0,0	0 0,0	16 100,0
nicht näher differenzierte Schizophrenie		1 1,6	6 9,5	50 79,4	2 3,2	4 6,3	63 100,0
Gesamt	Anzahl	11	31	203	5	5	255
	Prozent	4,3	12,1	79,6	2,0	2,0	100,0

## 6. Verlauf

### 6.1 Verlauf während der stationären Behandlung

Tabelle 7 zeigt den Verlauf der Erkrankung während der stationären Behandlung.

Aufgrund der kurzen Behandlungszeiten (siehe Kapitel III.3.) lassen sich natürlich kaum zuverlässige Aussagen zum Verlauf wie Heilung oder Chronifizierung machen. Daher werden hier stattdessen die Änderungen in der Symptomatik beurteilt.

Insgesamt zeigt sich bei 16,5% der Patienten ein günstiger Verlauf. Sie konnten als „gebessert“ (12,2%) oder sogar ohne Symptome (4,3%) entlassen werden. Bei ca. 80% zeigt sich keine Besserung und bei 2% findet sich eine Verschlimmerung der Symptomatik. 2% der Patienten verstarben während der Behandlung, entweder durch Suizid (2 Patienten) oder durch eine akute Infektion (3 Patienten).

Im Verlauf lassen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern erkennen ( $p=0,251$ ).

Tab.7: **Verlauf während der Behandlung**

			Geschlecht		gesamt
			männlich	weiblich	
Verlauf während der Behandlung	ohne Symptome	Anzahl	7	4	11
	entlassen	Prozent	5,8	3,0	4,3
	als gebessert	Anzahl	11	20	31
	entlassen	Prozent	9,0	14,9	12,2
	ungebessert	Anzahl	96	107	203
	entlassen	Prozent	79,3	79,8	79,6
	verschlimmerte Symptomatik	Anzahl	3	2	5
	Prozent	2,5	1,5	2,0	
	während Behandlung verstorben	Anzahl	4	1	5
	Prozent	3,3	0,7	2,0	
Gesamt	Anzahl	121	134	255	
Prozent	100,0	100,0	100,0		

### 6.2 Verlauf und Diagnose

Dieser Abschnitt findet sich im Kapitel Diagnosen (5.5).

### 6.3 Verlauf und Symptomatik

In Tabelle 8 wird die Symptomatik dem Verlauf gegenübergestellt. Dabei werden die Patienten nach Negativsymptomatik beziehungsweise Positivsymptomatik aufgeteilt.

Es muss dabei berücksichtigt werden, dass bei vielen Patienten eine klare Zuordnung nicht möglich war, da sie während der Behandlung sowohl Positiv- als auch Negativsymptomatik zeigten. Die Zuordnung erfolgte den jeweils überwiegenden Symptombild entsprechend. Bei 36 Patienten zeigte sich ein so ausgeprägtes Mischbild oder ein ständiger Wechsel zwischen Positiv- und Negativsymptomatik, dass eine Zuordnung zu einer der Gruppen nicht möglich erschien. Diese Patienten wurden der Spalte „gemischte Symptomatik“ zugeordnet.

Es finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Positiv- und Negativsymptomatik ( $p=0,976$ ). Es zeigt sich also kein Zusammenhang zwischen der Symptomatik und dem Verlauf.

Tab. 8: **Verlauf und Symptomatik**

		Symptomatik			gesamt	
		positiv	gemischt	negativ		
Verlauf	ohne Symptome entlassen	7 5,3	1 2,8	3 3,4	11 4,3	
	als gebessert entlassen	16 12,1	5 13,9	10 11,5	31 12,2	
	als ungebessert entlassen	103 78,0	29 80,6	71 81,6	203 79,6	
	verschlimmerte Symptomatik	3 2,3		2 2,3	5 2,0	
	während Behandlung verstorben	3 2,3	1 2,8	1 1,1	5 2,0	
	Gesamt	Anzahl	132	36	87	255
		Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0

### Verlauf und Untersuchungszeitraum

Die Tabellen 9 und 10 zeigen signifikante Unterschiede im Verlauf zwischen dem Zeitraum 1928-1934 und dem Zeitraum 1939-1940. Während im ersten Zeitraum 20,8% der Patienten einen günstigen Verlauf zeigen, sind dies im zweiten Zeitraum nur 8% ( $p=0,029$ ).

Tab. 9: **Verlauf während der Behandlung (1928-1934)**

	Verlauf	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	symptomlos entlassen	9	5,3	5,4	5,4
	gebessert entlassen	26	15,2	15,5	20,8
	ungebessert entlassen	124	72,5	73,8	94,6
	verschlechtert entlassen	5	2,9	3,0	97,6
	verstorben	4	2,3	2,4	100,0
	Gesamt	168	98,3	100,0	
fehlend		3	1,7		
gesamt		171	100,0		

Tab. 10: **Verlauf während der Behandlung (1939-1940)**

	Verlauf	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	symptomlos entlassen	2	2,3	2,3	2,3
	gebessert entlassen	5	5,7	5,7	8
	ungebessert entlassen	79	90,8	90,8	98,9
	verstorben	1	1,1	1,1	100,0
	gesamt	87	100,0	100,0	

#### 6.4 Entlassungen

Eine andere Möglichkeit Rückschlüsse auf den Verlauf zu nehmen bietet die Betrachtung der verschiedenen Entlassungsweisen (Tabelle 11). Hier konnten 25,8% nach Hause entlassen werden, während 51,6% in andere Kliniken verlegt und 22,6% nur gegen ärztlichen Rat (gegen Revers) entlassen wurden.

Tab. 11: **Entlassungen**

	Entlassung	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nach Hause	65	25,2	25,8	25,8
	Verlegt in anderes Krankenhaus	130	50,4	51,6	77,4
	„gegen Revers“ nach Hause	57	22,1	22,6	100
	gesamt	252	97,7	100	
fehlend		6	2,3		
gesamt		258	100		

#### 6.5 Verlauf bei den verschiedenen Behandlungsmethoden

Dieser Abschnitt wird jeweils bei den unterschiedlichen Behandlungsmethoden bearbeitet (Kapitel 7).

## 7. Suizidalität

Bei ca. 17% der Patienten ließen sich verschiedene Formen von Suizidalität finden.

Tabelle 12 zeigt hier insgesamt eine Frauenwendigkeit ( $p=0,046$ ), die vor allem durch die große Anzahl von Suizidgedanken und Ankündigungen zustande kommt. Dagegen ist die Zahl der Suizidversuche zwischen den Geschlechtern ausgeglichen. Während der stationären Behandlung kam es zu zwei Suiziden (durch Erhängen bzw. Fenstersprung). In beiden Fällen handelte es sich um Männer.

Tab. 12: **Suizidalität**

			Geschlecht		gesamt
			männlich	weiblich	
Suizidalität	Suizidgedanken, Suizidankündigung	Anzahl	7	15	22
		Prozent	31,8	68,2	100,0
	Suizidversuch in der Vorgeschichte	Anzahl	5	7	12
		Prozent	41,7	58,3	100,0
	Suizidversuch während der st. Behandlung	Anzahl	5	3	8
		Prozent	62,5	37,5	100,0
	Suizid	Anzahl	2		2
		Prozent	100,0		100,0
	gesamt	Anzahl	19	25	44
		Prozent	43,2	56,8	100,0

## 8. Behandlungsmethoden

In diesem Kapitel werden die verschiedenen Behandlungsmethoden ausgewertet. Dabei sollen Indikationen, Häufigkeiten und der Einfluss auf Verlauf und Behandlungszeit unter der jeweiligen Therapieform herausgearbeitet werden.

### 8.1.1. Sedativa

#### 8.1.1.1. Welche Sedativa?

Grafik 6 zeigt, welche Präparate verwendet wurden. Die Verwendungshäufigkeit lässt sich ebenfalls aus dieser Tabelle ablesen.

Ca. 40% der Patienten erhielten eine Kombination von 1cm<sup>3</sup>-2cm<sup>3</sup> 0,001 Scopolamin und 0,01 Morphium. Dabei handelte es sich stets um eine Bedarfsmedikation, z.B. zur Kupierung stärkster Erregungszustände oder Tobsuchtsanfälle.

Mit 67% sind die Barbiturate die Medikamentengruppe, welche am häufigsten verabreicht wurde. Sie fanden sowohl als Dauer- als auch als Bedarfsmedikation Verwendung. Leichtere, dauerhafte Unruhezustände oder Schlafstörungen stellten hier die Zielsymptomatik dar.

21% der Patienten wurden mit Bromiden behandelt. Diese wurden ausschließlich als Dauermedikation verabreicht. Die Bromide zielten in etwa auf die gleiche Symptomatik wie die Barbiturate. Als Präparate kamen hier Kaliumbromatum und Natriumbromatum (Anw.: 0,5-2g) zum Einsatz.

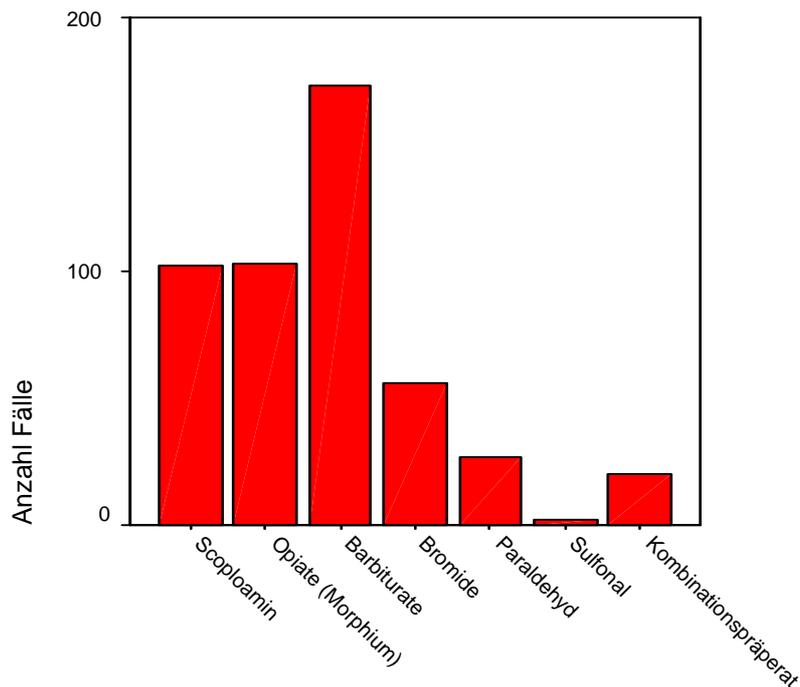
Ungefähr 10% der Patienten erhielten Paraldehyd. Paraldehyd (Anw.: 3-5g in Lösung) diente als Bedarfsmedikation bei starken Erregungszuständen.

Keine nennenswerte Bedeutung hatte Sulfonal. Es wurde nur bei 2 Patienten (0,8%) verwendet. Sulfonal fand als eines der ältesten Schlafmittel Verwendung.

Ebenfalls als Bedarfsmedikation wurden bei ca. 8% der Patienten sogenannte Hypno-Analgetika verabreicht. Diese waren Kombinationspräparate aus einem nicht steroidalem Analgetikum und einem Barbiturat. Die Indikation wurde bei leicht agitierten, über Schmerzen klagenden Patienten (z.B. nach Liquorpunktion) gestellt.

Es kamen vor allem die Präparate Cibalgin (0,03g Diallyl-barbitursäure + 0,22g Aminophenazon) und Optalidon (0,05g Iosbutyl-allyl-barbitursäure + 0,125g Aminophenazon) zum Einsatz .

Grafik 6: Einsatz von Sedativa

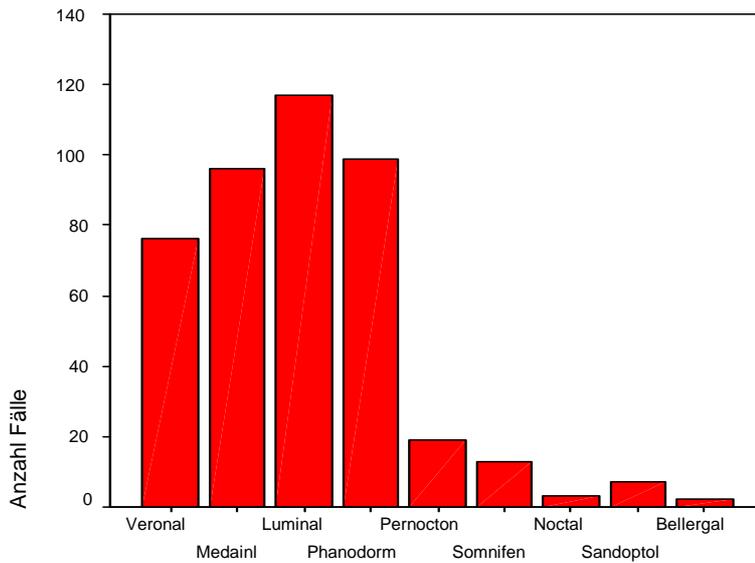


### 8.1.2 Barbiturate

Die Barbiturate wurden in der Untersuchungsgruppe am häufigsten verabreicht (bei 67% der Patienten). Grafik 7 zeigt, dass hierbei eine Vielzahl von Präparaten zur Anwendung kam. Folgend werden die jeweiligen Präparate, sowie der Anteil der Patienten (in %), welche diese erhielten, und die Wirkstoffe der Präparate aufgeführt.

- Veronal (29,5%): Diäthyl-barbitursäure Anw.: 0,3-0,6g
- Medinal (37,2%): Natriumsalz der Diäthyl-barbitursäure Anw.: 0,3-0,75g
- Luminal (45,3%): Phenyl-äthyl-barbitursäure Anw. : 0,015-0,20g
- Phanodorm (38,4%): Cyclohexanyl-äthyl-barbitursäure Anw.: 0,1-0,3g
- Pernocton (7,4%): Buthyl- $\beta$ -brom-allyl-barbitursäure Anw.: 0,2g
- Somnifen (5%): 1cm<sup>3</sup>: 0,1g Isopropyl-allyl-barbitursäure, 0,1g Barbital als Diäthylaminsalz
- Noctal (1,2%): Isopropyl-allyl-barbitursäure Anw. : 0,1-0,3g
- Sandoptal (2,7%): Isobutyl-allyl-barbitursäure Dragees zu 0,2g Anw.: 1-2 Dragees
- Bellergal (0,8%): 1 Tab.: 0,02g Phenobarbital und 0,3mg Ergotamintartrat Anw.: 1-2 Tabletten

Grafik 7: **Einsatz von Barbituraten**



8.1.3 Einsatz, Indikationen

Wie Tabelle 13 zeigt, wurden bei 74% der Patienten Sedativa eingesetzt. Der Einsatz zeigt sich relativ unspezifisch über alle Diagnosen verteilt: paranoide Form 82%, Hebephrenie 74%, Katatonie 70%, beginnende Schizophrenie 75%, nicht näher differenzierte Schizophrenie 82%. Patienten mit schizophrenem Residuum dagegen erhielten kaum Sedativa (7%).

Tabelle 14 stellt den Sedativaeinsatz der Psychopathologie gegenüber. Hier stehen 79,1% bei überwiegender Positivsymptomatik 65,9% bei überwiegender Negativsymptomatik gegenüber. Dies stellt einen tendenziellen Unterschied mit  $p=0,089$  dar.

Tab. 13: **Einsatz von Sedativa bei den verschiedenen Subtypen**

Diagnose		Anzahl	Sedativa		gesamt
			ja	nein	
paranoide-halluzinatorische Schizophrenie	Anzahl	46	10	56	
	Prozent	82,1	17,9	100,0	
hebephrene Schizophrenie	Anzahl	37	13	50	
	Prozent	74,0	26,0	100,0	
katatone Schizophrenie	Anzahl	29	12	41	
	Prozent	70,7	29,3	100,0	
schizophrenes Residuum	Anzahl	1	12	13	
	Prozent	7,7	92,3	100,0	
beginnende Schizophrenie	Anzahl	12	4	16	
	Prozent	75,0	25,0	100,0	
nicht näher differenzierte Schizophrenie	Anzahl	52	11	63	
	Prozent	82,5	17,5	100,0	
gesamt	Anzahl	191	67	258	
	Prozent	74,0	26,0	100,0	

Tab. 14: **Einsatz von Sedativa nach Symptomatik**

			Sedativa		gesamt
			Ja	nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	106	28	134
		Prozent	79,1	20,9	100,0
	gemischt	Anzahl	27	9	36
		Prozent	75,0	25,0	100,0
	negativ	Anzahl	58	30	88
		Prozent	65,9	34,1	100,0
	gesamt	Anzahl	191	67	258
		Prozent	74,0	26,0	100,0

Tabelle 15 zeigt den Einsatz der Kombination von Morphin und Scopolamin in Abhängigkeit zur Psychopathologie. Auch hier zeigt sich ein Unterschied zwischen Positiv- und Negativsymptomatik. (positiv: 47% und negativ: 28%;  $p=0,021$ ).

Tab15: **Einsatz von Scopolamin/Morphium nach Symptomatik**

			Scopolamin und Morphium		gesamt
			Ja	Nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	63	71	134
		Prozent	47,0	53,0	100,0
	gemischt	Anzahl	14	22	36
		Prozent	38,9	61,1	100,0
	negativ	Anzahl	25	63	88
		Prozent	28,4	71,6	100,0
	gesamt	Anzahl	102	156	258
		Prozent	39,5	60,5	100,0

#### 8.1.4 Verlauf unter Sedativa

Tabelle 16 stellt den Verlauf mit und ohne Sedativaeinsatz dar. Bei den Patienten mit Sedativgabe zeigen 13,8% einen günstigen Verlauf. Dem stehen 24,3% bei den Patienten ohne Sedativgabe gegenüber. Dieser Unterschied ist mit  $p=0,279$  nicht signifikant.

Tab. 16: **Verlauf unter Sedativagabe**

			Sedativa		gesamt
			ja	nein	
Verlauf während der Behandlung	symptomlos entlassen	Anzahl Prozent	6 3,2	5 7,6	11 4,3
	gebessert entlassen	Anzahl Prozent	20 10,6	11 16,67	31 12,2
	ungebessert entlassen	Anzahl Prozent	156 82,5	47 71,2	203 79,6
	verschlimmerte Symptomatik	Anzahl Prozent	3 1,6	2 3,0	5 2,0
	verstorben	Anzahl Prozent	4 2,1	1 1,5	5 2,0
	gesamt	Anzahl Prozent	189 100,0	66 100,0	255 100,0

#### 8.1.5 Sedativagabe und Behandlungsdauer

Bei den Fällen mit Sedativagabe findet sich eine signifikant längere Behandlungsdauer (Median 52 Tage) als bei den Fällen ohne Sedativagabe (Median 16 Tage;  $p < 0,001$ ).

## 8.2 Dauerschlaf

Die Dauerschlafbehandlung wurde in der hiesigen Klinik kaum verwendet. In den bearbeiteten Krankenblättern kam sie in nur 5 Fällen (bei allen ohne klinische Besserung) zum Einsatz. Die kleine Fallzahl (n=5) erlaubt keine statistische Auswertung.

## 8.3 Fieberkur

Wie in Tabelle 17 deutlich wird, hatte auch die Fieberkur in der hiesigen Klinik nur marginale Bedeutung. So wurden nur 7 der 258 Patienten mit Sulphosin bzw. Pyrififer behandelt. Dabei zeigt sich ein relativ unspezifischer, auf alle Diagnosen verteilter Einsatz dieser Therapieform. Aufgrund der kleinen Fallzahl (n=7) ist auch hier eine statistische Auswertung nicht möglich.

Tab.17: **Einsatz der Fieberkur**

Anzahl		Pyretiker			gesamt
		nicht eingesetzt	Sulphosin	Pyrifer	
Aufnahmedatum	1928	3			3
	1929	12			12
	1930	21	1		22
	1931	25	1		26
	1932	43	1		44
	1933	46	2		48
	1934	15		1	16
	1939	61		1	62
	1940	25			25
	gesamt		251	5	2

#### 8.4 Schock- und Krampftherapie

Aufgrund der Ähnlichkeit der Insulinschocktherapie und der Cardiazolkrampftherapie werden diese Therapieformen in diesem Kapitel zusammengefasst.

Eine statistische Auswertung dieser Therapieformen ist nur für den Untersuchungszeitraum von 1939 bis 1940 sinnvoll, da diese erst 1935 bzw. 1934 beschrieben wurden (siehe auch Einleitung). Die folgenden Auswertungen betreffen daher nur den Zeitraum von 1939 bis 1940.

##### 8.4.1 Einsatzbereich, Häufigkeiten

Tabelle 18 zeigt den Einsatz der Schocktherapie bei den zahlenmäßig bedeutsamen Diagnosen. Insgesamt wurde ein Drittel der Patienten mit dieser Methode behandelt. Auch die Schocktherapie wurde mit einer tendenziellen Ausnahme bei der Katatonie (59%;  $p < 0,1$ ) relativ unspezifisch bei allen Schizophrenieformen eingesetzt.

In Tabelle 19 wird der Einsatz der Schocktherapie aus psychopathologischer Sicht dargestellt. Hier zeigt sich ebenfalls die unspezifische Indikationsstellung. 30% der Patienten mit Positiv- und 36,1% der Patienten mit Negativsymptomatik wurden auf diese Weise behandelt ( $p = 0,807$ ).

Tab. 18: **Einsatz der Schocktherapie bei den verschiedenen Subtypen**

			Schockbehandlung		gesamt
			ja	nein	
Diagnose	paranoide-halluzinatorische Schizophrenie	Anzahl	9	11	20
		Prozente	45,0	55,0	100,0
	hebephrene Schizophrenie	Anzahl	2	3	5
		Prozente	40,0	60,0	100,0
	katatone Schizophrenie	Anzahl	10	7	17
		Prozente	58,8	41,2	100,0
	beginnende Schizophrenie	Anzahl	2	7	9
		Prozente	22,2	77,8	100,0
	nicht näher differenzierte Schizophrenie	Anzahl	6	20	26
		Prozente	23,1	76,9	100,0
	gesamt	Anzahl	29	58	87
		Prozente	33,3	66,7	100,0

Tab. 19: **Einsatz der Schocktherapie nach Symptomatik**

			Schockbehandlung		gesamt
			ja	nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	12	28	40
		Prozent	30,0	70,0	100,0
	gemischt	Anzahl	4	8	12
		Prozent	33,3	66,7	100,0
	negativ	Anzahl	13	22	35
		Prozent	37,1	62,9	100,0
	gesamt	Anzahl	29	58	87
		Prozent	33,3	66,7	100,0

#### 8.4.2 Verlauf der Schocktherapie

Tabelle 20 stellt den Verlauf der Erkrankung mit bzw. ohne Schockbehandlung dar. Dabei zeigen sich keine signifikanten Unterschiede ( $p=0,654$ ), bzw. mit 93 % ungebesserter Fälle keine Besserung der Prognose durch dieses Therapieverfahren. Auch insgesamt findet man in diesem Zeitraum (1939-1940) nur 8% von günstigen Verläufen, während diese über den ganzen Untersuchungszeitraum (1928-1940) betrachtet bei 16,5% liegen. Damit ist die Prognose im 2. Untersuchungszeitraum signifikant schlechter ( $p=0,029$ ).

Tab. 20: **Verlauf unter der Schockbehandlung**

			Schockbehandlung		gesamt
			ja	nein	
Verlauf während der Behandlung	symptomlos entlassen	Anzahl		2	2
		Prozent		3,4	2,3
	gebessert entlassen	Anzahl	2	3	5
		Prozent	6,9	5,2	5,7
	ungebessert entlassen	Anzahl	27	52	79
		Prozent	93,1	89,7	90,8
	verstorben	Anzahl		1	1
		Prozent		1,7	1,1
	gesamt	Anzahl	29	58	87
		Prozent	100,0	100,0	100,0

#### 8.4.3 Behandlungsdauer bei Schocktherapie

Die Behandlungsdauer bei der Schocktherapie ist signifikant ( $p<0,001$ ) länger als die Behandlung ohne diese. Der Median mit Schocktherapie liegt bei 79, ohne bei 32 Tagen.

## 8.5 Arbeitstherapie

### 8.5.1 Einsatzbereich, Häufigkeiten

Tabelle 21 zeigt, dass genau 50% der Patienten in ein Arbeits- oder Beschäftigungsprogramm eingebunden waren. Diese Verteilung findet sich auch bei allen zahlenmäßig bedeutsamen Unterformen. Ausnahmen stellen hier mit 64% die hebephrene Schizophrenie bzw. mit 44,6% die paranoide Form dar. Dieser Unterschied zwischen den beiden Diagnosen ist mit  $p=0,046$  signifikant.

Betrachtet man nun den Einsatz der Arbeitstherapie unter Berücksichtigung der Psychopathologie (Tab. 22), zeigt sich folgendes Bild:

Bei Patienten mit Positivsymptomatik kam die Arbeitstherapie mit 41,8% unterdurchschnittlich wenig zum Einsatz ( $p=0,057$ ), im Gegensatz zur gemischten Symptomatik mit 69,4% ( $p=0,020$ ). Bei der Negativsymptomatik gab es keine signifikante Abweichungen von der Gesamtverteilung (54,5%;  $p=0,394$ ).

Tab. 21: **Einsatz der Arbeits- und Beschäftigungstherapie**

			Arbeitstherapie		gesamt
			ja	nein	
Diagnose	nicht näher differenzierte Schizophrenie	Anzahl Prozent	32 50,8	31 49,2	63 100,0
	paranoide-halluzinatorische Schizophrenie	Anzahl Prozent	25 44,6	31 55,4	56 100,0
	hebephrene Schizophrenie	Anzahl Prozent	32 64,0	18 36,0	50 100,0
	katatone Schizophrenie	Anzahl Prozent	21 51,2	20 48,8	41 100,0
	beginnende Schizophrenie	Anzahl Prozent	8 50,0	8 50,0	16 100,0
	schizophrenes Residuum	Anzahl Prozent	5 38,5	8 61,5	13 100,0
	Spätschizophrenie	Anzahl Prozent	2 25,0	6 75,0	8 100,0
	Mischtypen	Anzahl Prozent	3 42,9	4 57,1	7 100,0
	Schizophrenia simplex	Anzahl Prozent		2 100,0	2 100,0
	depressive Schizophrenie	Anzahl Prozent	1 50,0	1 50,0	2 100,0
	gesamt	Anzahl Prozent	129 50,0	129 50,0	258 100,0

Tab. 22: **Einsatz der Arbeitstherapie nach Symptomatik**

			Arbeitstherapie		gesamt
			ja	nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	56	78	134
		Prozent	41,8	58,2	100,0
	gemischt	Anzahl	25	11	36
		Prozent	69,4	30,6	100,0
	negativ	Anzahl	48	40	88
		Prozent	54,5	45,5	100,0
	gesamt	Anzahl	129	129	258
		Prozent	50,0	50,0	100,0

### 8.5.2 Verlauf der Arbeitstherapie

Tabelle 23 zeigt den Verlauf der Erkrankung in Abhängigkeit zur Arbeitstherapie.

Bei ca. 18% der Patienten mit Arbeitstherapie wurde ein günstiger Verlauf beobachtet.

Dies entspricht keiner signifikanten Veränderung gegenüber dem Gesamtverlauf bzw. dem Verlauf ohne Arbeitstherapie ( $p=0,574$ ).

Tab. 23: **Verlauf unter Arbeitstherapie**

			Arbeitstherapie		Gesamt
			ja	nein	
Verlauf Während Der Behandlung	symptomlos entlassen	Anzahl	5	6	11
		Prozent	3,9	4,8	4,3
	gebessert entlassen	Anzahl	18	13	31
		Prozent	14,0	10,3	12,2
	ungebessert entlassen	Anzahl	103	100	203
		Prozent	79,8	79,4	79,6
	verschlimmerte Symptomatik	Anzahl	1	4	5
		Prozent	0,8	3,2	2,0
	verstorben	Anzahl	2	3	5
		Prozent	1,6	2,4	2,0
	Gesamt	Anzahl	129	126	255
		Prozent	100,0	100,0	100,0

### 8.5.3 Behandlungsdauer bei Arbeitstherapie

Bei Betrachtung der Behandlungsdauer zeigt sich ein hochsignifikanter Unterschied ( $p<0,001$ ):

Mit Arbeitstherapie beträgt der Median der Behandlungsdauer 55,5 Tage, bei Behandlungen ohne Arbeitstherapie ist er mit 32,5 Tagen deutlich geringer

### 8.6 Dauerbäder und Isolationsbehandlung

Wie schon in der Einleitung beschrieben, waren auch Dauerbäder oder zeitweilige Unterbringung in einer Isolationszelle Teil der Behandlung an der hiesigen Klinik, auch wenn Kehrer (12) dies als „Rückfall in die alte Methode der Irrenbehandlung“ beschrieb.

Wie die Tabellen 24 und 25 zeigen, wurden ca. 34% der Patienten zeitweise isoliert, bzw. 10,5% mit Dauerbädern behandelt. Sowohl die Dauerbadbehandlung (14,2% zu 6,8%) als auch die Isolierung (38,1% zu 29,5%) wurde häufiger bei Positiv- als bei Negativsymptomatik verwendet. In beiden Fällen ist dieser Unterschied aber nicht signifikant ( $p=0,126$  bzw.  $p=0,378$ ).

Tab. 24: **Häufigkeit der Isolierung**

			zeitweise isoliert		gesamt
			ja	nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	51	83	134
		Prozent	38,1	61,9	100,0
	gemischt	Anzahl	11	25	36
		Prozent	30,6	69,4	100,0
	negativ	Anzahl	26	62	88
		Prozent	29,5	70,5	100,0
	gesamt	Anzahl	88	170	258
		Prozent	34,1	65,9	100,0

Tab. 25: **Häufigkeit der Dauerbadbehandlung**

			Dauerbad		gesamt
			ja	nein	
Symptomatik	positiv	Anzahl	19	115	134
		Prozent	14,2	85,8	100,0
	gemischt	Anzahl	2	34	36
		Prozent	5,6	94,4	100,0
	negativ	Anzahl	6	82	88
		Prozent	6,8	93,2	100,0
	gesamt	Anzahl	27	231	258
		Prozent	10,5	89,5	100,0

## 9. Erbgesundheitsgesetz

### 9.1 Erfassung

Wie in der Einleitung dieser Arbeit dargestellt, wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Juli 1933 erlassen. Tabelle 26 zeigt, in welcher Weise die Patienten in den folgenden Jahren gemäß des Gesetzes erfasst wurden.

Die erfassten Patienten verteilen sich auf die Spalten „erbkrankverdächtig“, „Sterilisationsbeschluss“, „Sterilisation“. Es fällt auf, dass 1933 und 1934 keine Patienten als „erbkrankverdächtig“ aufgeführt werden. Dies ist wahrscheinlich auf ein Dokumentationsproblem zurückzuführen. In den Jahren 1939-1940 war den Krankenblättern ein Erfassungsbogen beigelegt, welcher eine genaue Dokumentation des Meldeverfahrens darstellt. Für die Jahre 1933-1934 fanden sich keine derartigen Bögen.

Aufgrund der besseren Dokumentation wird im Weiteren nur der Zeitraum 1939-1940 betrachtet (Tabelle 27).

Tab. 26: **Erfassung gemäß des Erbgesundheitsgesetzes**

		Aufnahmedatum			
		1933	1934	1939	1940
Erbgesundheit	nicht gemeldet/ nicht dokumentiert	46	13	25	15
	als erbkrankverdächtig gemeldet			27	6
	Sterilisationsbeschluss	2	2	7	2
	erfolgte Sterilisation		1	3	2
	gesamt	48	16	62	25

Tab. 27: **Erfassung gemäß des Erbgesundheitsgesetzes (ab 1939)**

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nicht gemeldet	40	46,0	46,0	46,0
	als erbkrankverdächtig gemeldet	33	38,0	38,0	84,0
	Sterilisationsbeschluss	9	10,3	10,3	94,3
	erfolgte Sterilisation	5	5,7	5,7	100,0
	gesamt	87	100,0	100,0	

Aus Tabelle 27 lässt sich entnehmen, dass 54% der Patienten entsprechend dem Erbgesundheitsgesetz erfasst wurden (37,9 erbkrankverdächtig, 10,3 Sterilisationsbeschluss, 5,7% Sterilisation). 46% der Patienten entgingen einer Meldung.

## 9.2 Welche Kriterien beeinflussten die Meldung als „erbkrank“

### 9.2.1 Diagnose

Es soll hier untersucht werden, ob die Meldungen als „erbkrankverdächtig“ durch die Diagnose beeinflusst wurde.

In Tabelle 28 fällt auf, dass bei der beginnenden Schizophrenie 22% der Patienten durch das Erbgesundheitsgesetz betroffen waren, während dies bei der Hebephrenie (80%), der paranoiden Form (70%) und der nicht näher differenzierten Form (69%) wesentlich häufiger der Fall war. Dies entspricht einem signifikanten Unterschied zwischen beginnender Schizophrenie und Hebephrenie ( $p=0,05$ ) beziehungsweise einem tendenziellen Unterschied zu den paranoiden und nicht näher differenzierten Formen ( $p<0,1$ ). Kein statistisch fassbarer Unterschied zeigt sich zu den katatonen Patienten (41%;  $p=0,474$ ), welche ebenfalls weniger durch das Erbgesundheitsgesetz betroffen waren.

Tab. 28: **Erbgesundheit und Diagnose**

Erbgesundheit	paranoide Schizophrenie	hebephrene Schizophrenie	katatone Schizophrenie	beginnende Schizophrenie	nicht n. diff. Schizophrenie	gesamt
nicht gemeldet	6 30,0	1 20,0	10 58,8	7 77,8	8 30,8	40 46,0
als erbkrankverdächtig gemeldet	10 50,0	2 40,0	5 29,4	2 22,2	13 50,0	33 37,9
Sterilisationsbeschluss	3 15,0	2 40,0	2 11,8		1 3,8	9 10,3
erfolgte Sterilisation	1 5,0				4 15,4	5 5,7
gesamt	20 100,0	5 100,0	17 100,0	9 100,0	26 100,0	87 100,0

### 9.2.2 Familienanamnese

Wie schon die Aufnahme in das Erbgesundheitsgesetz zeigt, wurde die Ätiologie der Schizophrenie 1939 vor allem in der erblichen Komponente gesehen.

So fiel in den untersuchten Krankenblättern auf, dass der Familienanamnese sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet wurde. Häufig fanden sich ganze Stammbaumanalysen über drei oder mehr Generationen.

Hat nun eine positive Familienanamnese die Meldung eines Patienten beeinflusst?

Diese Frage soll anhand von Tabelle 29 untersucht werden.

Hier stehen 50% Meldung bei negativer Familienanamnese 66,7% Meldung bei positiver Familienanamnese gegenüber ( $p=0,1$ ).

Tab. 29: **Erbgesundheit und Familienanamnese**

			Familienanamnese		gesamt
			negativ	positiv	
Erbgesundheit	nicht gemeldet	Anzahl	33	7	40
		Prozent	50	33,3	46,0
	als erbkrankverdächtig gemeldet	Anzahl	22	11	33
		Prozent	33,3	52,4	37,9
	Sterilisationsbeschluss	Anzahl	6	3	9
		Prozent	9,1	14,3	10,3
	erfolgte Sterilisation	Anzahl	5		5
		Prozent	7,6		5,7
	gesamt	Anzahl	66	21	87
		Prozent	100,0	100,0	100,0

### 9.2.3 Geschlecht

Hier stellt sich die Frage, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede im Bezug auf die Meldung im Sinne des Erbgesundheitsgesetz gab.

Tabelle 30 zeigt, dass es keine derartigen Differenzierungen gab: Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ( $p=0,894$ ).

Tab. 30: **Erbgesundheit und Geschlecht**

			Geschlecht		gesamt
			männlich	weiblich	
Erbgesundheit	nicht gemeldet	Anzahl	19	21	40
		Prozent	47,5	52,5	100,0
	als erbkrankverdächtig gemeldet	Anzahl	17	16	33
		Prozent	51,5	48,5	100,0
	Sterilisationsbeschluss	Anzahl	5	4	9
		Prozent	55,6	44,4	100,0
	erfolgte Sterilisation	Anzahl	1	4	5
		Prozent	20,0	80,0	100,0
	gesamt	Anzahl	42	45	87
		Prozent	48,3	51,7	100,0

### 9.3 Auswirkungen auf die Behandlung durch das Erbgesundheitsgesetz

Nahm das Erbgesundheitsgesetz mit dem zugehörigen Meldeverfahren Einfluss auf die Behandlung der betroffenen Patienten?

Um diese Frage zu beantworten, wurden die Behandlungszeiten der gemeldeten bzw. nicht gemeldeten Patienten verglichen. Es fand sich kein signifikanter Unterschied ( $p=0,307$ ).

Des weiteren wurde untersucht, ob das Meldeverfahren Einfluss auf die Entlassungsform nahm. Wie Tabelle 31 zeigt, gab es die Entlassung „nach Hause“, die Verlegung in eine andere Klinik oder die Entlassung gegen „Revers“.

Das „Revers“ mussten die Angehörigen des Patienten bei einer „Entlassung gegen ärztlichen Rat“ unterschreiben und damit die Verantwortung für den Patienten und eventuelle Schäden Dritter übernehmen.

Insgesamt verließen 23% der Patienten die Klinik gegen „Revers“.

Tab. 31: Entlassungen 1939-1940

		Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
gültig	nach Hause	16	18,4	18,6	18,6
	verlegt in anderes Krankenhaus	50	57,5	58,1	76,7
	gegen Revers	20	23,0	23,3	100,0
	gesamt	86	98,9	100,0	
fehlend		1	1,1		

In Tabelle 32 wird nach einem Zusammenhang zwischen der Entlassung gegen „Revers“ und dem Erbgesundheitsgesetz gesucht.

Die Tabelle zeigt, dass die Patienten, welche die Klinik gegen „Revers“ verließen, zu 85% vom Erbgesundheitsgesetz betroffen waren. Diese Zahl lag bei den Patienten, welche in ein anderes Krankenhaus verlegt wurden, bei 46%. Bei denen, welche nach Hause entlassen wurden, bei 37,5%. Die Entlassungen gegen „Revers“ waren dabei signifikant häufiger vom Erbgesundheitsgesetz betroffen als die Entlassungen nach Hause ( $p=0,016$ ) und die Verlegungen in andere Krankenhäuser ( $p=0,028$ ).

Tab. 32 : Erbgesundheit und Entlassung

		Entlassung			gesamt
		nach Hause	verlegt	gegen "Revers"	
nicht gemeldet	Anzahl	10	27	3	40
	Prozent	62,5	54,0	15,0	46,5
als erbkrankverdächtig gemeldet	Anzahl	5	15	12	32
	Prozent	31,3	30,0	60,0	37,2
Sterilisationsbeschluss	Anzahl	1	4	4	9
	Prozent	6,3	8,0	20,0	10,5
erfolgte Sterilisation	Anzahl	0	4	1	5
	Prozent	0,0	8,0	5,0	5,8
gesamt	Anzahl	16	50	20	86
	Prozent	100,0	100,0	100,0	100,0

## **IV. Diskussion**

### **1. Verlust von Krankenblättern**

Wie im Kapitel Methodik erwähnt, konnten die Krankenblätter von 31 Patienten leider nicht mehr aufgefunden werden. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass das hiesige Archiv die Wirren des zweiten Weltkriegs und der Nachkriegszeit überstehen musste. Unter diesem Aspekt betrachtet, erscheint der Verlust nicht zu hoch.

### **2. Patientenzahlen**

Im Ergebnisteil fallen die über den Beobachtungszeitraum hinweg stetig steigenden Patientenzahlen auf (Kapitel: III.1). Dieses Bild korreliert mit der Gründung der Klinik am 8.10.1928 und den schrittweise vorgenommenen Erweiterungen 1930 und 1932 (42). So stieg die Gesamtzahl der (neurologische und psychiatrische) Patienten pro Jahr von 149 (1928) auf 1750 (1939). Der prozentuale Anteil der schizophrenen Patienten lag dabei durchweg zwischen 5-12% der psychiatrischen Patienten. Der Anstieg zeigt also keine isolierte Zunahme der Schizophreniepatienten, sondern findet seine Begründung in den allgemein größeren Patientenzahlen. Die auffallend geringen Patientenzahlen 1934 und 1940 erklären sich dadurch, dass diese Jahrgänge nicht vollständig erfasst wurden, da die gewünschte Patientenzahl im jeweiligen Untersuchungszeitraum schon erreicht war. Bei vollständiger Erfassung hätten sich diese Zahlen wohl ungefähr auf dem Niveau des entsprechenden Vorjahres bewegt.

### **3. Alter der Patienten**

Das Aufnahmealter der Patienten liegt im Median bei 30 Jahren. Dieses Alter scheint auf dem ersten Blick relativ hoch. Hambrecht (30) beispielweise beschreibt in einer ABC-Studie (Age, Beginning, Course) erste Symptome mit 22 Jahren (Männer) bzw. 25 Jahren (Frauen).

Auch überrascht, dass sich kein Geschlechtsunterschied zeigt. In Vergleichsstudien liegt dieser durchschnittlich bei 3-4 Jahren (30, 28).

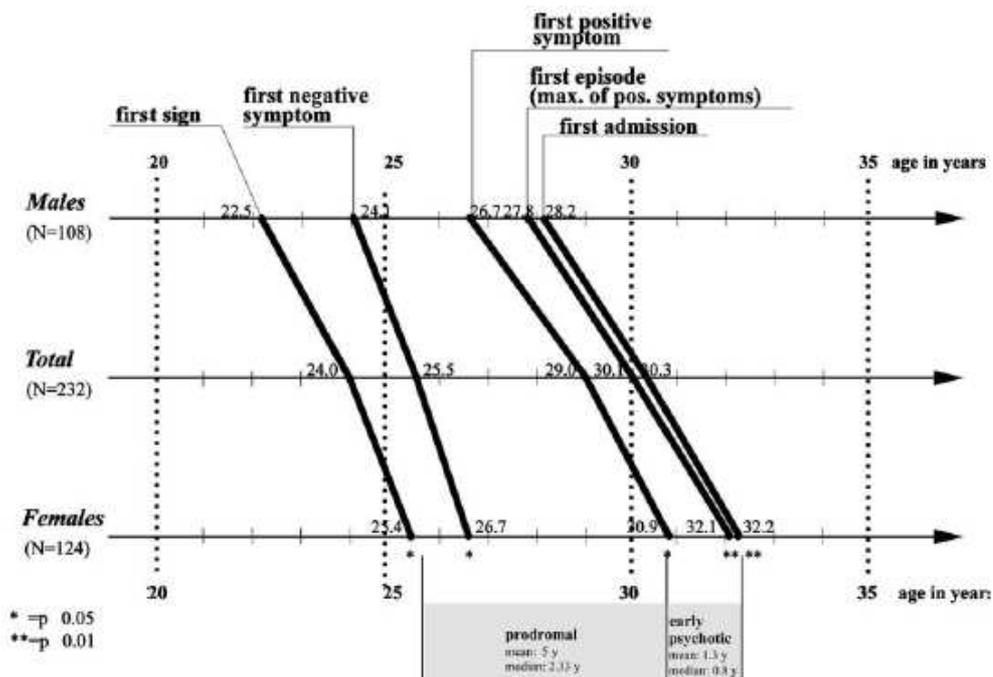
Bei diesen Ergebnissen muss allerdings berücksichtigt werden, dass es sich bei den untersuchten Fällen nicht ausschließlich um Erstmanifestationen handelt. Bei einigen der Patienten bestand die Diagnose schon seit Jahren und es kam im höheren Alter zu einer erneuten bzw. erstmaligen Aufnahme in die hiesige Klinik. Folglich wird der Median des Aufnahmealters zwangsläufig angehoben.

Daher wurde in einem zweiten Schritt das Alter bei der Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung untersucht. Hier entsprechen die Werte mit einem Median von 25 Jahren bei den Männern und 28 Jahren bei den Frauen schon eher den Vergleichsstudien. Sowohl das frühere Alter der Manifestation als auch der erwartete Geschlechtsunterschied sind hier ablesbar. Trotzdem erscheint das Alter immer noch relativ hoch. Eine Erklärung hierfür fand sich bei genauerer Durchsicht der Krankengeschichten. Bei vielen der Patienten konnte der Anamnese entnommen werden, dass die Patienten schon einige Jahre vor Diagnosestellung unter schizophrenen Symptomen litten, welche aber nicht als solche erkannt wurden. So entspricht also auch das Alter der Erstdiagnose nicht genau der Erstmanifestation. Besonders bei schleichendem Beginn der Erkrankung liegen häufig einige Jahre zwischen beiden.

Diese Überlegung stimmt ziemlich genau mit einer epidemiologischen Studie Häfners (28) (siehe Grafik 8) überein. Er beschreibt die erste Aufnahme in eine Klinik mit 28 Jahren (Männer) bzw. 32 Jahren (Frauen), während die Erkrankung aber schon mit 22 bzw. 25 Jahren auftritt.

Unter diesen Gesichtspunkten betrachtet entsprechen die Daten dieser Arbeit mit der Erstdiagnose im Alter von 25 Jahren bei den Männern und 28 Jahren bei den Frauen durchaus heutigen epidemiologischen Studien.

Grafik 8



Quelle: Häfner (28)

## 4. Behandlungsdauer

### 4.1

Bei der Betrachtung der Behandlungsdauer fallen die kurzen Behandlungszeiten auf (Median: 45 Tage). Dies gilt besonders für die ersten Untersuchungsjahre 1929 (Median: 7 Tage), 1930 (Median: 22 Tage) und 1931 (Median: 35 Tage). Die Patienten wurden sehr schnell in die Provinzheilanstalten weiterverlegt. Dieses Vorgehen entsprach in Anbetracht der geringen therapeutischen Möglichkeiten durchaus damaliger Lehrmeinung. So propagierte E. Bleuler (9) in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie“ die Frühentlassungen, die Versetzung von einer Anstalt in die andere und vor allem die Arbeit: „So bald als möglich sind die Kranken wieder zu entlassen, da man sie später viel weniger leicht hinausbringt, denn nicht nur die Patienten, sondern vielleicht noch mehr die Verwandten gewöhnen sich zu rasch an die Sequestration. (...) Dagegen ist das souveräne Mittel, das in der Mehrzahl der Fälle noch recht viel, manchmal alles Wünschbare leistet, die Erziehung zur Arbeit unter möglichst normalen Verhältnissen.“

Der stetige Anstieg der Behandlungsdauer in den folgenden Jahren (1933-1940) auf 50 bis 60 Tage zeigt eine gewisse Abkehr vom vorherigen Vorgehen. Ausschlaggebend dürfte hier die Einführung neuer Behandlungsmethoden, insbesondere der Insulinschockbehandlung (1935), gewesen sein, welche neue Hoffnung auf einen Heilungserfolg während der stationären Behandlung weckten. Auch dass die Durchführung der Insulinschockbehandlung je nach Schockzahl mindestens 20-25 Behandlungstage beanspruchte, erklärt die längere Verweildauer in diesem Zeitraum.

### 4.2 Behandlungsdauer bei den verschiedenen Subtypen der Schizophrenie

Bei der statistischen Auswertung der Behandlungsdauer in Abhängigkeit von der Diagnose fallen die vergleichsweise langen Behandlungszeiten (Median 59 Tage,  $p=0,030$ ) bei den katatonen gegenüber den paranoiden oder hebephrenen Patienten auf. Ebenfalls auffällig sind die kurzen Behandlungszeiten beim schizophrenen Residuum (Median 9 Tage,  $p<0,001$ ).

Aus heutiger Sicht könnten die längeren Behandlungszeiten der Katatonie auf prognostische Überlegungen zurückzuführen sein. So werden heute katatone Symptome als prognostisch günstig bewertet (Huber 34). Gegen diese Theorie spricht allerdings, dass Bleuler in seinem Lehrbuch zur Psychiatrie den „überwiegend ungünstigen Ausgang“ (9) als geradezu kennzeichnend für die Katatonie heraushebt. Die Katatonie

wurde also im Untersuchungszeitraum dieser Arbeit keineswegs als prognostisch positiv bewertet.

Ein weiterer Aspekt wäre die Überlegung, dass nur die Patienten in der Klinik verblieben, die einen raschen Behandlungserfolg erwarten ließen, während die anderen rasch verlegt wurden. Statistisch lässt sich diese Überlegung allerdings nicht stützen. Es zeigen sich keine signifikanten Unterschiede bei den Entlassungen nach Hause und den Verlegungen in andere Krankenhäuser zwischen den katatonen und paranoiden Patienten ( $p=0,999$ ) bzw. hebephrenen Patienten ( $p=0,799$ ).

Die längeren Behandlungszeiten der Katatonie erklären sich wahrscheinlich aus der Tatsache, dass diese Patienten häufiger als die anderer Diagnosegruppen mit der Insulinkur therapiert wurden (siehe Kapitel 9). Da hier allein diese Therapie je nach Schockzahl mindestens 20 bis 25 Tage in Anspruch nahm, ist die Behandlungsdauer zwangsläufig länger. Auch ist bei diesen Patienten ein längerer Beobachtungszeitraum denkbar, um eventuelle Erfolge bzw. ein Therapieversagen besser beurteilen zu können. Die kurzen Behandlungszeiten des schizophrenen Residuums lassen sich auf die Gutachtertätigkeit der hiesigen Klinik zurückführen. So wurden diese Patienten in der Regel weniger aus therapeutischen Zwecken sondern vor allem zur Begutachtung aufgenommen. In diesen Fällen ging es um Renten- und Versorgungsansprüche – Schizophrenie als Folge von Kriegsbeschädigungen oder Arbeitsunfällen. Die Beobachtung nahm etwa 6 bis 10 Tage in Anspruch, einen deutlich kürzeren Zeitraum also als die durchschnittliche Behandlungsdauer in der hiesigen Klinik.

## 5. Diagnosen

Beim Vergleich der damaligen Diagnostik mit aktuellen Studien müssen entscheidende Veränderungen der Klassifikationssysteme berücksichtigt werden. Während die Einteilung der psychischen Erkrankungen von Bleuler und Kraepelin auf ätiologischen Überlegungen beruhte, verfolgt die heute gültige ICD-10 einen deskriptiven Ansatz. Im Vorwort zur 5. Auflage der ICD-10 (19) findet sich folgende Beschreibung dieser konzeptionellen Änderung: „Im vorliegenden Kapitel V wird versucht, zumindest teilweise einem atheoretischen Ansatz folgend, auf Begriffsbildungen wie etwa Neurose, Psychose oder Endogenität zu verzichten und diese durch Einführung einer deskriptiven, an diagnostischen Kriterien orientierten Klassifikation zu ersetzen.“

### 5.1 Häufigkeitsverteilung der Subtypen der Schizophrenie

In dieser Arbeit offenbaren sich bei der Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Subtypen der Schizophrenie starke Unterschiede im Vergleich zu aktuellen epidemiologischen Studien.

So überrascht vor allem die hohe Anzahl der Fälle, bei denen die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt wurde, ohne eine genauere Zuordnung zu einer der Unterformen vorzunehmen. Diese nicht näher differenzierten Fälle bilden mit 24% sogar die größte Diagnosegruppe in der Untersuchungspopulation.

Eine Ursache könnten die kurzen Behandlungszeiten (Median: 45 Tage) sein. In der Regel wurde bei Aufnahme die Diagnose „Schizophrenie“ gestellt. Eine weitere Diagnostik erfolgte dann im Verlauf der Behandlung. Bei den Patienten, welche nur wenige Tage in der hiesigen Klinik behandelt wurden, erfolgte dieser Differenzierungsschritt häufig nicht.

Ein weiterer Grund könnte in einer geringfügigeren Einschätzung der Bedeutung dieser Unterteilung liegen. Denn sowohl in der Behandlung als auch im Verlauf wurden in dieser Arbeit kaum statistisch fassbare Unterschiede zwischen den einzelnen Unterformen der Schizophrenie deutlich.

Interessanter Weise finden sich in einer Arbeit Kraepelins aus dem Jahre 1908 (aus 35) ganz ähnliche Ergebnisse. Bei einer Gruppe von Patienten mit der Diagnose „Dementia praecox“ (n=53) wurden 54% der „Nichtspezifischen Psychose“ zugeordnet. Ganz offensichtlich entspricht die Häufigkeit der „nicht näher differenzierten Schizophrenie“ in dieser Arbeit anderen Erhebungen des untersuchten Zeitraums.

Ebenfalls auffällig ist der mit ca. 16% hohe Anteil von katatonen Formen. Auch hier findet sich ein ähnliches Ergebnis in Kraepelins Arbeit: Bei 47% der Patienten diagnostizierte er katatone Symptome. In neueren Studien dagegen liegt die Katatonie bei nur wenigen Prozent:

Jablensky stellte Kraepelins Ergebnisse einer WHO Schizophreniestudie der Jahre 1968-1969 (n=811) gegenüber, bei welcher kaum katatone Symptome beobachtet wurden (35). In einer Studie von Kasper und Häfner 1982 (29) machte die Katatonie nur 2% der untersuchten Schizophreniepatienten aus. Auch in anderen aktuelleren Studien wird die Häufigkeit der Katatonie mit nur 3-10% beziffert (63, 5, 23).

Häfner (27) sieht die Erklärung für diesen Abwärtstrend in der veränderten Behandlungssituation. Er beschreibt das katatone Syndrom als Sekundärphänomen eines Prozesses sich zunehmend aufschaukelnder Angst und Erregung in der akuten

unbehandelten Psychose. Häfner legt die Vermutung nahe, dass die heutige, rasch wirkende antipsychotisch und angstlösende Therapie diesen Aufschaukelprozess und damit die Katatonie in den meisten Fällen verhindert.

Stompe befasst sich in einer Arbeit ebenfalls mit dem Rückgang der Katatonie (63). Er vergleicht eine eigene Kohorte (1994-1999; 10% Katatonie) mit einer von Leonhard (1938- 1968; 35% Katatonie). Wie Häfner führt Stompe diese Entwicklung auf die Einführung der Neuroleptika zurück.

Bei der Hebephrenie zeigt sich eine ähnliche Entwicklung wie bei der Katatonie. Während in dieser Arbeit der Anteil der hebephrenen Patienten über 19% beträgt, kommen aktuellere Erhebungen auf Werte zwischen 5%-12% (5, 23). Schon beim Vergleich der Untersuchungszeiträume dieser Arbeit spiegelt sich diese Veränderungen wieder. (1928-1934: 26,3% der Patienten, 1939-1940: 5,7% der Patienten  $p=0,003$ ).

Diese Entwicklung ist bereits in anderen Arbeiten beschrieben und diskutiert worden. Morrison (54) verglich beispielsweise zwei Patientenpopulationen von 1920-1944 und von 1945-1966. Er stellte dabei einen Rückgang der Hebephrenie von 26% auf 5% fest. Er erklärt diese Veränderung durch einen weiteren Begriff der Hebephrenie in der Zeit von 1920 bis 1944. So wären alle akuten, nicht paranoiden oder katatonen Fälle sowie alle chronischen Fälle, welche nicht von Halluzinationen oder Wahnerleben dominiert wurden, der Hebephrenie zugeordnet worden. Diese Einschätzung ließ sich bei der Auswertung der hiesigen Krankenblätter durchaus bestätigen. Auch die Kritik von Binswanger (7) aus seinem Lehrbuch der Psychiatrie von 1923, die Diagnose Hebephrenie würde zu leichtfertig bei diagnostisch unklaren Fällen der Schizophrenie vergeben, stützt diesen Erklärungsansatz.

## 5.2 Geschlechtsunterschiede

In dieser Arbeit zeigen sich signifikante Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit der Unterformen der Schizophrenie. So tritt die Hebephrenie häufiger bei den Frauen auf ( $p=0,042$ ), das schizophrene Residuum ausschließlich bei den Männern ( $p<0,001$ ). Außerdem zeigt die Katatonie eine tendenzielle Männerwendigkeit ( $p=0,1$ ). Bei den anderen Unterformen wurden keine signifikanten Geschlechtsunterschiede auffällig. Beim schizophrenen Residuum handelte es sich ausschließlich um Patienten, welche aus gutachterlichen Gründen aufgenommen wurden. In diesen Fällen ging es um Renten- und Versorgungsansprüche – Schizophrenie als Folge von Kriegsbeschädigungen, Arbeitsunfällen, usw. In der damaligen Gesellschaftsstruktur betraf dies vor allem die

Männer und nicht die Frauen, welche als Hausfrauen und Mütter beschäftigt waren. Somit ist der deutliche Geschlechtsunterschied bei dieser Diagnose nicht weiter überraschend.

Insgesamt wird die Geschlechterverteilung dieser Arbeit in aktuellen Studien durchaus bestätigt. So beschreibt Beratis (5) in einer Arbeit von 1997 eine signifikante Männerwendigkeit beim schizophrenen Residuum ( $p=0,005$ ) und bei der Katatonie ( $p=0,043$ ). Bei der Hebephrenie stellt er eine tendenzielle Frauenwendigkeit fest ( $p=0,09$ ). Sowohl in dieser Arbeit als auch bei Beratis (5) ist die paranoide Form häufiger bei den Männern, die undifferenzierte häufiger bei den Frauen. Allerdings sind die Unterschiede in beiden Fällen nicht statistisch signifikant. Insgesamt lässt sich also eine weitgehende Übereinstimmung dieser Arbeiten feststellen, obwohl über 50 Jahre zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten liegen. Die Geschlechterverteilung auf die einzelnen Unterformen der Schizophrenie zeigt sich also trotz gravierender sozialer, gesundheitspolitischer und therapeutischer Veränderungen in diesem Zeitraum ausgesprochen stabil, während sich die Gesamtverteilung der Subtypen zeitgleich, wie schon beschrieben (Kapitel 5.1), gravierend veränderte.

### 5.3 Altersgipfel der Unterformen

Die Auswertung der Altersgipfel der verschiedenen Subtypen der Schizophrenie stellt sich wie folgt dar:

Am jüngsten sind die hebephrenen Patienten (Median: 22,5 Jahre), es folgen die katatonen Patienten (Median: 26 Jahre) und dann die nicht näher differenzierten (Median: 31 Jahre) und paranoiden Patienten (Median: 32 Jahre). Am ältesten sind die residualen Patienten mit einem Median von 41 Jahren.

Auch zu diesem Thema findet sich eine Vergleichsstudie von Beratis (4) mit weitgehenden Entsprechungen aber auch einigen Unterschieden. Bei der Hebephrenie (17 Jahre) der Katatonie (21 Jahre) und dem paranoiden Subtyp (30 Jahre) zeigen sich deutliche Parallelen, wenngleich Beratis Altersgipfel durchschnittlich etwa 3-4 Jahren niedriger liegen als in dieser Arbeit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Beratis das Manifestationsalter untersucht, während in dieser Arbeit das Aufnahmealter in der hiesigen Klinik betrachtet wird. Wie schon in Kapitel 3 (Aufnahmealter) diskutiert, liegt hier die Erklärung für diese Differenzen. Der Unterschied spiegelt sich auch im Durchschnittsalter der Gesamtpopulationen wider (25 Jahre bei Beratis gegenüber 30 Jahren in dieser Arbeit).

Gravierende Unterschiede zu Beratis werden dagegen bei der undifferenzierten und der residualen Form deutlich. In dieser Arbeit beträgt der Altersgipfel der nicht näher differenzierten Unterform 31 Jahre, während dieser bei Beratis für die undifferenzierte Schizophrenie bei 22 Jahre liegt. Hier ist zu bedenken, dass unter der nicht näher differenzierten Form in dieser Arbeit die Fälle zusammengefasst wurden, bei welchen lediglich die Diagnose Schizophrenie gestellt wurde, ohne eine weitere Zuteilung vorzunehmen (siehe auch Kapitel: Diagnosen 5.1). So entspricht sie also nicht der undifferenzierten Form nach DSM-IV oder ICD-10 Kriterien und ist somit auch nur bedingt mit dieser vergleichbar.

Noch deutlicher zeigen sich die Unterschiede bei der residualen Form (22 Jahre bei Beratis gegenüber 41 Jahren in dieser Arbeit). Das hohe Alter bei der residualen Form erklärt sich aus der Tatsache, dass es sich bei dieser Diagnose ausschließlich um Gutachterfälle handelt, Patienten die in der Regel schon Jahre bis Jahrzehnte an der Erkrankung litten und hauptsächlich zur Begutachtung in die hiesige Klinik aufgenommen wurden. Somit ist das Durchschnittsalter zwangsläufig weitaus höher als bei Beratis, welcher die Erstmanifestation untersucht.

## 6. Verlauf

### 6.1

Die Auswertung des Verlaufs gestaltet sich aufgrund der kurzen Behandlungszeiten als relativ schwierig. So können sicherlich keine zuverlässigen Angaben zu Heilung oder Chronifizierung gemacht werden, stattdessen beschränken sich diese auf die Änderungen in der Symptomatik. Dabei zeigt sich bei 16,5% der Patienten ein Heilungserfolg. Sie konnten mit deutlich gebesserter oder sogar völlig verschwundener Symptomatik entlassen werden. Dieses Ergebnis mag auf dem ersten Blick relativ ernüchternd wirken, findet sich aber durchaus in damaligen prognostischen Einschätzungen wieder. H. Runge (59) schrieb 1942 eine zusammenfassende Arbeit zur Prognose der Schizophrenie. Er gab dabei je nach Autor eine Spontanremission von 8-13% (Kraepelin), 15,8% (Räcker) oder 20-25% (Meyer) an. M. Bleuler (10) dagegen beschrieb den Behandlungserfolg in seiner Arbeit „Forschung und Begriffswandlung in der Schizophrenienlehre 1941-1950“ mit 25-35% sozialer oder völliger Heilung etwas günstiger.

Unter Berücksichtigung der Insulinkur fasste Runge (59) den Behandlungserfolg mit 40 bis 70% (Sakel, Dussik, M. Müller) zusammen. An der hiesigen Klinik dagegen konnte

diese Therapie keine prognostischen Vorteile erzielen. Mögliche Ursachen hierfür werden in dem entsprechenden Kapitel diskutiert.

Aufgrund der kurzen Behandlungszeiten müssen die Angaben zum Verlauf in dieser Arbeit natürlich kritisch betrachtet werden. Der Auswertung entgehen zwangsläufig sämtliche Fälle, welche erst nach der Verlegung einen günstigen Verlauf zeigten. Besonders bei den vielen Patienten, die nach wenigen Tagen verlegt wurden, ist dieser Punkt zu bedenken. Auf der anderen Seite können auf diese Weise auch eventuelle Rückfälle nicht erfasst werden.

Der Vergleich mit aktuellen Studien zum Verlauf der Schizophrenie gestaltet sich daher nicht unproblematisch. Bei diesen handelt es sich nämlich in aller Regel um Langzeitstudien. Mit Langzeitergebnissen ist diese Arbeit aber aufgrund der oben beschriebenen Problematik nicht vergleichbar. Zur ungefähren Einordnung sollen an dieser Stelle trotzdem einige Studien benannt werden:

	Studiendauer	Vollremissionen ohne Rückfall
M. Bleuler (1972)	23 Jahre	33% Vollremission (aus 26)
Ciompi und Müller (1976)	37 Jahre	27% Vollremission (aus 26)
Huber et al. (1979)	22 Jahre	22% Vollremission (34)
Marneros et al. (1991)	25 Jahre	7% bzw. 24%* Vollremission (50)
Jablenski et al. (1992)	2 Jahre	36% bzw. 62%** Vollremission (36)

\* Der erste Wert betrifft rein schizophrene Psychosen, der zweite zusätzlich schizoaffektive.

\*\* Der erste Wert betrifft Industrienationen, der zweite Entwicklungsländer.

Die Ergebnisse der Studien offenbaren bei der Vergleichbarkeit eine weitere Problematik: Das unterschiedliche Studiendesign (Begriffsdefinitionen, Studienpopulationen und die Studiendauer) bereitet schon beim Vergleich der genannten Studien einige Probleme. Ein Vergleich der Studien mit dieser Arbeit würde daher keine aussagekräftigen Erkenntnisse liefern.

## 6.2 Verlauf in Abhängigkeit vom Untersuchungszeitraum

Vergleicht man die beiden Untersuchungszeiträume, fallen die signifikant ( $p=0,029$ ) schlechteren Ergebnisse im zweiten Untersuchungszeitraum auf. Während in den Jahren 1928 bis 1934 20,8% der Patienten Besserungen aufwiesen, waren dies in den Jahren 1939 bis 1940 nur 8%. Dieses Ergebnis ist um so überraschender, da in den Jahren 1939 und 1940 die Schock- und Krampfbehandlungen zur Verfügung standen, von denen

man einen prognostischen Vorteil erwarten könnte. Die gleichwohl bescheidenen Erfolge dieser Therapie werden in dem entsprechenden Kapitel diskutiert.

Auf der anderen Seite könnte die Einführung der Insulinkur sogar eine Erklärung für die Verschlechterung liefern. So wurden viele Patienten gerade zur Durchführung einer Schocktherapie aus den Provinzheilanstalten in die hiesige Klinik überwiesen. Dabei handelte es sich meistens um langjährige, chronifizierte Fälle. Eben diese Patienten haben aber (auch mit Insulinkur) eine vergleichsweise schlechte Prognose und beeinflussen damit zwangsläufig die Ergebnisse des gesamten Patientenkollektivs aus dieser Untersuchungsgruppe negativ.

Auch mögliche Auswirkungen des Erbgesundheitsgesetzes sind in dem Zeitraum 1939-1940 zu bedenken. So ist gerade bei der Behandlung von psychiatrischen Patienten die Bedeutung des Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Ärzten unbestritten. Dieses dürfte durch die ärztliche Funktion als Erfüllungsgehilfen des Erbgesundheitsgesetzes wohl nachhaltig geschädigt worden sein. Im Kapitel 12 wird dieser Punkt genauer betrachtet.

### 6.3 Verlauf der verschiedenen Schizophrenieunterformen

Bei den größtmäßig bedeutenden Unterformen der Schizophrenie zeigt die statistische Auswertung kaum Unterschiede. Lediglich die beginnende Schizophrenie stellt sich mit 37,5% Besserungen prognostisch günstiger dar als die anderen Diagnosegruppen ( $p=0,026$ ).

Der bessere Verlauf bei dieser Diagnose entspricht den Erwartungen. So beschrieb beispielsweise M. Bleuler (10) die Prognose von akut einsetzenden Früherkrankungen als vergleichsweise günstig.

Dagegen muss das Ergebnis für die paranoide Form besonders herausgestellt werden. Hier kann kein prognostischer Vorteil festgestellt werden ( $p=0,219$ ).

Dabei belegen heute zahlreiche Studien (beispielsweise Deister 15, 16, Kendler 43, Fenton 21, Goodman 23), dass die paranoide Form einen signifikanten prognostischen Vorteil gegenüber der hebephrenen und auch der katatonen Form besitzt.

Es ist zu überlegen, ob sich diese Entwicklung durch die Einführung der Neuroleptika erklären lässt. So überwiegt bei der paranoiden Form im Vergleich zu den anderen Subtypen der Schizophrenie ein produktives Symptombild. Die Wirkung der Neuroleptika betrifft nun gerade eine solche Positivsymptomatik und damit entsprechend die paranoide Schizophrenie.

Eine andere Überlegung wäre die genaue Betrachtung der beginnenden Form der Schizophrenie, welche sich, wie bereits diskutiert, prognostisch günstiger zeigt. Es ist anzunehmen, dass sich einige Frühformen der paranoiden Schizophrenie, welche noch nicht das volle Symptombild zeigen, unter dieser Diagnose verbergen.

#### 6.4 Verlauf und Psychopathologie

Bei der Auswertung der Psychopathologie muss berücksichtigt werden, dass diese nicht systematisch erhoben werden konnte, sondern aus den teilweise doch recht lückenhaften Texten der jeweiligen Ärzten entnommen wurde. So ist die Dokumentation der Krankengeschichten auf einem ausgesprochen wechselhaften Niveau und sicherlich nicht mit dem heutigen Standart vergleichbar (In drei Fällen fehlte beispielsweise das Alter der Patienten). Der Abschnitt der Psychopathologie dieser Arbeit muss also durchaus kritisch betrachtet werden.

Die psychopathologische Betrachtung macht keine Unterschiede deutlich. Es zeigen sich keine statistisch fassbaren Differenzen zwischen Positiv- und Negativsymptomatik ( $p=0,976$ ). Aktuelle Studien dagegen belegen einen prognostischen Vorteil bei vorherrschender Positivsymptomatik (15, 16).

Auch an dieser Stelle muss die Wirkweise der Neuroleptika berücksichtigt werden, welche insbesondere die Positivsymptomatik günstig beeinflussen. Es liegt also nahe, dass die Differenzen zwischen dieser Arbeit und den aktuellen Studien größtenteils auf der Einführung der Neuroleptika beruhen.

#### 6.5 Geschlechtsunterschiede

Im Verlauf zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern ( $p=0,251$ ). Häfner (28) kommt in einer aktuellen Arbeit (2003) über Geschlechtsunterschiede bei der Schizophrenie zu einem ähnlichen Ergebnis. Im Langzeitverlauf zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern, während sich in den ersten Monaten nach Aufnahme ein prognostischer Vorteil bei den Frauen abzeichnet.

### 7. Dauerbäder, Isolationsbehandlung und Kaltwasserbehandlungen

Wie in Teil III dieser Arbeit gezeigt, wurden 10,5% der Patienten mit Dauerbädern behandelt. Ein Drittel der Patienten wurde zeitweise isoliert. Diese Ergebnisse sind

insofern interessant, da Kehrers selbst dies als „Rückfall in die alte Methode der Irrenbehandlung“ beschrieb (42).

In der Einleitung wurden bereits die zwei Isolationszellen zur zeitweiligen Unterbringung sehr unruhiger, tobsüchtiger Patienten beschrieben. Wie der Name „Zelle“ schon suggeriert, wurden die Patienten in diesen eingeschlossen, bis es zu einer Beruhigung kam.

In einem auffälligen Gegensatz steht die hohe Zahl der Isolationsbehandlungen zu folgendem Zitat Kehrs (42): „(...) allein ich selbst oder in meiner Vertretung der Oberarzt dürfen anordnen, ob und wie lange eine solche Isolierung zu erfolgen habe. In Wirklichkeit erging jene nur in ganz wenigen Fällen.“

Hier muss festgestellt werden, dass dieser Vorsatz dem Klinikalltag offensichtlich nicht entsprach. Vielmehr war die Isolationsbehandlung ein fester Bestandteil der Schizophreniebehandlung.

Bei der Beurteilung dieser Maßnahmen sollte man allerdings nicht vergessen, dass trotz der Einführung von Tranquilizern und der Neuroleptika in Ausnahmefällen auch heute noch Zwangsmaßnahmen wie die Isolierung, die Fixierung, bei welcher die Patienten durch Gurte (an Bauch, Beinen und Armen) an das Bett fixiert werden, oder die Zwangsmedikation, die Injektion von Medikamenten gegen den Willen der Patienten, nötig werden.

Einen offensichtlichen Rückfall in die „alte Psychiatrie“ stellen die, bei vier der untersuchten Krankenblättern aufgeführten, Kaltwasserbehandlungen dar. Dabei handelte es sich um tief stuporöse Patienten, welche durch kalte Duschen aus ihrem Zustand „erweckt“ werden sollten. Die, wenngleich seltene, Verwendung dieser Behandlungsmethode steht im Gegensatz zu Kehrs (42) Schilderung „... die psychiatrische Anstalt auf ein der Zeit entsprechendes Niveau zu bringen bzw. auf ihm zu halten.“

## 8. Sedativa

74% der untersuchten Patienten wurden mit Sedativa behandelt. Damit ist die Sedativabehandlung der mit Abstand häufigste Therapieansatz in den jeweiligen Untersuchungsgruppen. Dabei zeigt sich eine unspezifische Verteilung über praktisch alle Diagnosegruppen hinweg. Diese hohe Zahl ist nicht weiter überraschend, wenn man überlegt, dass die akut psychotischen Patienten ohne eine derartige Medikation wohl

kaum führbar gewesen wären, gerade wenn drastischere Methoden wie die Isolierung vermieden werden sollten. Trotzdem wurde in nicht wenigen Fällen auch diese Methode angewandt (siehe oben).

Beim schizophrenen Residuum hingegen spielen Sedativa mit etwa 7% eine signifikant geringere Rolle ( $p < 0,001$ ). Auch dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, schließlich liegt hier keine akut psychotische Symptomatik vor. Auch die Tatsache, dass diese Patienten durchschnittlich nur 9 Tage zur Begutachtung in der hiesigen Klinik waren, erklärt den geringeren Medikamentenbedarf.

Betrachtet man die Symptomatik, zeigt sich tendenziell ( $p = 0,089$ ) ein höherer Sedativa-einsatz bei der Positivsymptomatik (ca. 79%) als bei der Negativsymptomatik (ca. 65%). Auch dieses Ergebnis entspricht den Erwartungen, schließlich stellen positive Symptome sicherlich eher eine Indikation dar als die negativen. Überraschend ist daher eher, dass sich kein deutlicherer Unterschied abzeichnet bzw. der ebenfalls häufige Einsatz bei Negativsymptomatik.

Die Erklärung dürfte in der Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Gruppen zu suchen sein. So zeigten die wenigsten Patienten ausschließlich positive oder negative Symptomatik und wurden entsprechend dem vorrangigen Erscheinungsbild zugeordnet. Auch zeigten sich Fälle von Patienten mit eigentlich vorherrschender Negativsymptomatik, welche plötzlich „tobsüchtig“ wurden und darauf ein Sedativum erhielten.

Ebenfalls ist zu bedenken, dass nicht nur bei produktiven, psychotischen Symptomen, sondern auch bei leichteren Unruhezuständen oder Schlafstörungen Sedativa wie beispielsweise die Barbiturate oder Bromide zum Einsatz kamen. Zu dieser Überlegung passt auch das Ergebnis der Medikation mit Scopolamin in Verbindung mit Morphin. Die Indikation dieser Kombination lag bei stärksten Erregungs- und Tobsuchtszuständen und ist damit deutlicher der Positiv-Symptomatik zuzuordnen. Entsprechend findet sich hier auch ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Symptomgruppen (positiv: 47% und negativ: 28%;  $p = 0,021$ ).

Beim Verlauf konnte durch die Sedativa keine signifikanten Änderungen erreicht werden (14% Besserung mit Sedativa gegenüber 24% ohne;  $p = 0,279$ ). Bei einer rein symptomatischen Behandlung entspricht dies durchaus den Erwartungen.

Ähnliches spiegelt sich in der Behandlungszeit wieder. Die Behandlungszeiten mit Sedativgabe sind im Durchschnitt signifikant länger (52 gegenüber 32 Tagen;  $p < 0,001$ ). Hier ist zu bedenken, dass längere Behandlungszeiten bei einigen Patienten eine Sedativabehandlung erst bedingten. So zeigten sich mehrere Fälle, bei denen ein Sedativum erst nach 15-20 Tagen nötig wurde. Bei einer früheren Verlegung wären diese Patienten also nicht in der Statistik aufgetaucht. Eine weitere Überlegung wäre, dass Patienten, welche sediert werden mussten, nicht so gut verlegt oder entlassen werden konnten.

## 9. Insulinschockbehandlung

Nach Einführung der Insulinschocktherapie an der hiesigen Klinik wurden ein Drittel der Patienten auf diese Weise behandelt. Bemerkenswert ist bei diesem Ergebnis, dass Prof. Kehrer diesem Verfahren eher kritisch gegenüber stand. So schrieb er im Februar 1940 an das Stift Maria Hilf in Tilbeck: „Die uns freundlicherweise zur Insulinschockbehandlung überwiesene Frau B haben wir zu Ihnen zurückverlegt, da diese Therapie sich – wie in fast allen hier beobachteten Fällen – als völlig wirkungslos erwies.“

Auch in anderen Patientenakten fanden sich Briefwechsel mit den entsprechenden Provinzheilstätten, in welchen Prof. Kehrer sich ähnlich kritisch zu dieser Therapie äußerte.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet scheint die Zahl der Schockbehandlungen überraschend hoch. Allerdings wird aus den Briefwechseln ebenfalls deutlich, dass die umliegenden Pflegeheilstätten ihre Patienten speziell für eben diese Therapie überwiesen. Auch der Mangel an alternativen Methoden mag trotz der Vorbehalte zur Verbreitung der Schocktherapie geführt haben.

Bei der Indikationsstellung der Insulinkur zeigt die statistische Auswertung folgendes Bild: Die Insulinkur wurde in der oben genannten Häufigkeit bei fast allen Diagnosegruppen angewandt. Ausnahmen stellen hier lediglich die Katatonie und das schizophrene Residuum dar.

Bei der Katatonie wurde diese tendenziell häufiger (58,8 %;  $p < 0,1$ ) und beim schizophrenen Residuum gar nicht eingesetzt (0%;  $p < 0,001$ ).

Der Verzicht beim schizophrenen Residuum ist einleuchtend. Eine Besserung versprach man sich schließlich vor allem bei der Akutbehandlung (10). Bei residualen

Symptomen hätte man keine Besserung erwartet. Auch hätte diese in keinem Verhältnis zu der Belastung des Patienten und den Risiken (Letalität bei 1-2%; siehe auch Einleitung) gestanden.

Die höhere Indikationsstellung bei der Katatonie erscheint dagegen etwas überraschend. Auf der einen Seite ist zwar die verwandte Elektrokrampftherapie bei der lebensbedrohlichen, perniziösen Katatonie auch heute noch Therapie der Wahl, andererseits liefern damalige Arbeiten keine besseren Ergebnisse bei katatonen Patienten. Im Gegenteil schrieb Müller (56) 1936 zur Insulinkur: „Auffällig ist, dass die paranoiden Bilder gegenüber erregten Katatonien und Stuporen ganz besonders gut ansprechen.“

Bei der statistischen Auswertung der Krankenblätter zeigen die Schock- und Krampfbehandlungen keine signifikanten Auswirkungen auf den Verlauf. 6,9% Besserungen mit stehen 8,6% Besserungen ohne Schockbehandlung gegenüber ( $p=0,654$ ).

Diese Ergebnis steht im starken Gegensatz zu Arbeiten von Sakel (61): 70% voller Remissionen und 18% sozialer Remissionen, Meduna (51): 50-80% Besserungen oder Müller (10): 72% Vollremission + Besserungen.

Deren Arbeiten stammen alle aus dem Zeitraum von 1935 –1938, also kurz nach Vorstellung der neuen Behandlungsmöglichkeiten. Spätere Arbeiten kommen zu kritischeren Resultaten. M. Bleuler (10) schrieb beispielweise 1951, dass die Schockbehandlung die Prognose der Schizophrenie nicht „in statistisch fassbarer Weise“ verbessere. Er führte die scheinbaren Erfolge anderer Arbeiten auf die „Frühbehandlung akuter frischer Erkrankungen“ zurück, welche auch ohne Behandlung eine deutlich bessere Prognose aufwiesen als andere.

Bleulers Überlegung ist auch für diese Arbeit von einigem Interesse. Die Pflegeheilanstalten der Umgebung überwiesen mangels eigener Möglichkeiten ihre Patienten speziell zur Schocktherapie an die hiesige Klinik. Dabei handelte es sich in der Regel um langjährige, chronifizierte Fälle und eben nicht um die oben erwähnten, prognostisch günstigeren Früherkrankungen. Es ist davon auszugehen, dass diese Veränderungen im Patientenkollektiv das Verlaufsergebnis negativ beeinflussen.

Einen deutlichen Einfluss nimmt die Insulinkur dagegen auf die Behandlungsdauer. Die Behandlungsdauer bei der Schocktherapie ist signifikant ( $p<0,001$ ) länger als die

Behandlung ohne diese. Der Median mit Schocktherapie liegt bei 79, ohne bei 32 Tagen.

Dieses Ergebnis erklärt sich durch die Dauer dieser Therapieform. So beanspruchte die bloße Therapiedurchführung je nach Anzahl der Schocks 25 bis 30 Tagen, während die Patienten ohne Insulinkur teilweise schon nach einer Beobachtung von wenigen Tagen in die Pflegeheilanstalten überwiesen wurden.

## 10. Arbeitstherapie

Bei der Hälfte der untersuchten Krankenblätter kam die Arbeits- oder Beschäftigungstherapie zum Einsatz. Angesichts der Bewunderung von Kehler für die Simonsche Arbeitstherapie erscheint diese Zahl relativ gering. Dieser beschäftigte in der Pflegeheilanstalt Gütersloh 97% seiner Patienten in anstaltseigenen Handwerksbetrieben (42). Eine Erklärung für die Unterschiede gegenüber Simon findet sich in Kehlers Buch „Geschichte der Universitäts-Nervenlinik Münster“ (42). Er begründet die geringere Umsetzung in seiner Klinik damit, dass die Durchführung der „Simon-Methode“ an einer Universitätsklinik aufgrund der kurzen Behandlungszeit nicht möglich sei.

Des Weiteren ist zu bedenken, dass akut psychotische Patienten wohl kaum in eine arbeitstherapeutische Behandlung eingebunden werden konnten. Eben diese Patienten wurden aber in der Regel an den Universitätskliniken behandelt, was eine konsequente Umsetzung der Arbeitstherapie gegenüber den Provinzheilanstalten ebenfalls erschwert haben wird. Aus diesen Gründen wurden viele Patienten zwecks einer weiteren Arbeitstherapie nach der Behandlung in der hiesigen Klinik in die umliegenden Provinzheilanstalten überwiesen.

Die Arbeitstherapie wurde bei allen zahlenmäßig bedeutenden Diagnosen eingesetzt. Auch der prozentuale Anteil dieser Behandlung zeigt bei den einzelnen Unterformen keine Abweichung vom Gesamtbild. Eine Ausnahme stellt hier die Hebephrenie dar, bei welcher sich die Arbeitstherapie mit 64% der Patienten signifikant häufiger findet ( $p=0,048$ ). Die Gründe für diese Verteilung könnten im Symptombild der einzelnen Unterformen zu finden sein. Es ist denkbar, dass sich diese Behandlung bei hebephrenen Patienten problemloser gestaltete als beispielsweise bei paranoiden Patienten mit ausgeprägten Wahnerleben oder bei stuporösen, negativistischen Katatonikern.

Beim Verlauf lassen sich im Rahmen der Arbeitstherapie keine signifikanten Änderungen feststellen (17,9% Besserungen bei Arbeitstherapie, 15,1% Besserungen ohne diese;  $p=0,574$ ).

Hier wäre angesichts der hohen Einschätzung dieser Therapie von Autoritäten wie Bleuler (9) oder auch Kehrer (42) selbst durchaus ein messbarer Vorteil zu erwarten gewesen. Ein Grund könnte in der Umsetzung dieser Behandlungsmethode liegen. So unterschied sich diese an der hiesigen Klinik nicht nur in der Häufigkeit, sondern auch in der Durchführung von der „Simon-Methode“. Während die Patienten in den Provinzheilanstalten in eigenen handwerklichen und landwirtschaftlichen Betrieben eingesetzt werden konnten, wurden sie an der Universitätsklinik in Garten- und Stationsarbeiten eingebunden oder mit Handarbeiten und Spielen beschäftigt.

Man sollte auch bedenken, dass die Arbeitstherapie keine klassische Akuttherapie darstellte, sondern bei akut psychotischen Patienten wohl nur bedingt durchführbar war. Bei eben diesen Patienten aber zeigt sich durch Abklingen der Symptomatik eine eventuelle Besserung am deutlichsten, während bei den nicht akuten oder gar residualen Fällen sich Besserungen weniger deutlich fassen lassen.

Wie bei den Sedativa und der Insulinkur zeigt sich auch bei der Arbeitstherapie eine signifikant ( $p<0,001$ ) längere Behandlungsdauer (Median: 55 Tage) mit dieser Therapie als ohne (Median: 32 Tage). Auch hier liegt die Überlegung nahe, dass eine längere Behandlungsdauer den häufigeren Einsatz der Arbeitstherapie bedingt. Es liegt auf der Hand, dass Patienten im Rahmen einer längeren Behandlung weitaus besser in ein Arbeits- oder Beschäftigungsprogramm eingebunden werden konnten als bei einer nur wenige Tage dauernden Beobachtung.

## 11. Dauerschlaf und Fieberkur

Sowohl der Dauerschlaf ( $n=5$ ) als auch die Fieberkur ( $n=7$ ) hatten an der hiesigen Klinik keine nennenswerte Bedeutung. Gründe hierfür ließen sich weder aus den Krankenakten noch aus den verschiedenen Arbeiten von Prof. Kehrer entnehmen. Beim Dauerschlaf führte eventuell die von Klaesi (44) beschriebene Letalität von über 10% zu einem eher zurückhaltenden Einsatz dieser Therapieform.

## 12. Erbgesundheitsgesetz

Wie im Ergebniskapitel dieser Arbeit beschrieben, waren 54% der untersuchten Patienten vom Erbgesundheitsgesetz betroffen. Andererseits entgingen immerhin 46% einer Meldung als „erbkrankverdächtig“. Dies ist bemerkenswert, da die Schizophrenie neben dem zirkulären (manisch-depressives) Irrsein, erblicher Fallsucht, erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea), erblicher Blindheit oder Taubheit und schweren erblichen körperliche Missbildungen explizit im Erbgesundheitsgesetz als eine der meldepflichtigen Krankheiten aufgeführt wurde (siehe auch Einleitung). Bei konsequenter Umsetzung wäre daher einen Wert von bis zu 100% zu erwarten gewesen. Dieses Ergebnis lässt sich gut mit Kehrer's (42) eigener Darstellung zur Umsetzung des Gesetzes an der hiesigen Klinik in Einklang bringen. So sollte doch eine Meldung nur bei den Patienten erfolgen, „bei denen die erbliche Verursachung des betreffenden Leidens einwandfrei erwiesen sei.“

So stellt sich nun die Frage, welche Kriterien für die Annahme eines „einwandfrei erwiesenen erblichen Leiden“ entscheidend waren.

Ein Kriterium könnte die Diagnose gewesen sein. Es fällt auf, dass bei der beginnenden Schizophrenie nur 22% der Patienten vom Erbgesundheitsgesetz betroffen waren, während dies bei der Hebephrenie (80%), der paranoiden Form (70%) und der nicht näher differenzierten Form (69%) wesentlich häufiger der Fall war. Dies entspricht einem signifikanten Unterschied zwischen beginnender Schizophrenie und Hebephrenie ( $p=0,05$ ) beziehungsweise einem tendenziellen Unterschied zu den paranoiden und undifferenzierten Formen ( $p<0,1$ ). Kein statistisch fassbarer Unterschied zeigt sich zu den katatonen Patienten (41%;  $p=0,474$ ), welche offensichtlich ebenfalls seltener den Behörden gemeldet wurden.

Hier mögen differenzialdiagnostische Überlegungen eine Rolle gespielt haben. Vielleicht wurde bei der beginnenden Form die Diagnose Schizophrenie als nicht so gesichert angesehen wie beispielsweise bei der paranoiden Form. Auch der günstigere Verlauf könnte das restriktivere Meldeverhalten hier erklären.

Ein anderes Kriterium für eine Meldung stellte offensichtlich die Familienanamnese dar. So fiel in den Krankenblättern die starke Beachtung derselben auf. Teilweise finden sich ganze Familienstammbäume über mehrere Generationen hinweg. Schließlich wären bei einem „einwandfrei erwiesenen Erbleiden“ fast zwangsläufig weitere Fälle in der

Familie zu erwarten. Die statistische Auswertung scheint diese Überlegungen zu bestätigen. So wurden zwar auch 50% der Patienten mit negativer Familienanamnese gemeldet, bei denen mit positiver Familienanamnese waren dies aber immerhin 67% ( $p < 0,1$ ).

Keinen Einfluss auf das Meldeverhalten nahm das Geschlecht der Patienten. Es finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede (Männer: 54,8%, Frauen: 53,3%;  $p = 0,894$ ). Offensichtlich wurde kein Geschlecht dem anderen gegenüber als „fortpflanzungsgefährlicher“ angesehen.

Bei der statistischen Auswertung fällt auf, dass der Anteil der Patienten, welche vom Erbgesundheitsgesetz betroffen waren, bei der Patientengruppe, die gegen ärztlichen Rat entlassen wurden (gegen „Revers“) mit 85% signifikant größer war gegenüber Verlegungen (46%;  $p = 0,028$ ) oder regulären Entlassungen (37,5%;  $p = 0,016$ ).

Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte darin liegen, dass die Patienten durch die Meldung als erbkrankverdächtig stark verängstigt wurden und ihre Behandlung darauf abbrachen, um den Konsequenzen zu entgehen. Das Vertrauen in die Ärzte, den Erfüllungsgehilfen dieses Gesetzes, musste zwangsläufig leiden und zu Entlassungen gegen „Revers“ führen.

Gegen diese Überlegung spricht, dass sich aus den Akten nicht entnehmen lässt, ob die Patienten direkt von Ihrer Meldung erfuhren. Häufig erfolgte diese wohl ohne Wissen des Patienten und dieser erfuhr erst vom Erbgesundheitsgericht über die Einleitung seines Verfahrens.

Als eine andere Erklärungsmöglichkeit wäre daher das Meldeverhalten der Ärzte zu betrachten. So ist auch denkbar, dass gerade die non-compliance der Patienten - der eigenmächtige Abbruch der Therapie - die Ärzte zu einer Meldung dieser Patienten veranlasste. Schließlich musste durch diese Patienten eine deutlich größere „Gefährdung für die Volksgesundheit“ angenommen werden als bei Patienten, die in Kliniken oder Pflegeheimen betreut und kontrolliert wurden.

Ein weiterer Punkt, der in diesem Zusammenhang diskutiert werden muss, ist Kehrsers persönliche Einstellung zur Frage der Eugenik. Als Direktor beeinflusste er schließlich gerade in dieser von Obrigkeitshörigkeit geprägten Zeit wesentlich das Gesamtbild der

hiesigen Klinik. Diese Überlegung betrifft natürlich auch die praktische Durchführung des Erbgesundheitsgesetzes.

Welche Position Kehrers nun im dritten Reich, im Speziellen zum Thema Eugenik, vertrat, lässt sich allerdings nicht ganz einfach beschreiben. Dies liegt daran, dass die Verstrickung der Ärzte in diese Geschehnisse bislang ziemlich dürftig aufgearbeitet wurde. So fand sich nur eine einzige Arbeit ( J. Dicke 18), welche sich kritisch mit der Person Kehrers auseinandersetzt. Dem gegenüber stehen Kehrers eigene, rückblickende Einschätzungen aus seinem Buch „Geschichte der Universitäts-Nervenlinik Münster“ von 1961 (42).

Dicke (18) sieht eine erste Affinität zur Eugenik in Kehrers Zeit als Assistenz- und Oberarzt 1908-1919 in Freiburg bei Alfred Hoche – und damit bei dem Mann, der sich nur ein Jahr nach Kehrers Fortgang 1920, gemeinsam mit Karl Binding (einem Juristen) vehement für „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (6) einsetzen sollte.

Kehrers eigenes medizinisches Interesse galt schon früh der Erbforschung. So konnte er in seiner Doktorarbeit 1908 für eine Form des Muskelschwundes die Gültigkeit der Mendelschen Regeln nachweisen. Aufgrund seines Forschungsschwerpunktes sah er sich besonders qualifiziert, die Untersuchungen, deren Notwendigkeit sich aus dem Erbgesundheitsgesetz ergaben, durchzuführen (42).

1929 schrieb Kehrers in „Der Nervenarzt“ über die Bedeutung der genealogische Neurologie: „Die praktische Bedeutung der Erblichkeitsfrage wird jedem, der ihr bisher teilnahmslos oder ablehnend gegenüberstand, einleuchten, wenn er sich klar macht, dass das Ideal jeder Behandlung die sog. kausale ist, d.h. die Behebung der Ursachen der Krankheiten.“(40). Diese Aussage, vier Jahre vor dem Erbgesundheitsgesetz, entspricht, wiewohl noch vorsichtig formuliert, der Forderung nach eugenischen Maßnahmen.

1935 wurde er in seinem Artikel „Die Diagnose des Erbveitstanzes und seine rassenhygienische Bedeutung“ dann deutlicher. Kehrers sah bei der Chorea Huntington „die Aussichten ihrer *restlosen Ausmerzung* wegen der durchsichtigen Art ihrer Vererbung wie der guten Kenntnis ihres klinischen Bildes und Verlaufs besser als bei irgend einer anderen Erbkrankheit.“ (41). Inhalt und Wortwahl dieser Aussage sind den Äußerungen Rüdins, einem der führenden Verfechter des Erbgesundheitsgesetzes, nicht unähnlich.

1934 wurde Kehrers an das Erbgesundheitsobergericht Hamm als Beisitzer berufen. Kehrers (42) selbst führte seine Ernennung auf einen Briefwechsel mit Rüdins zurück, in

dem das Erbgesundheitsgesetzes und dessen Umsetzung thematisiert wurde. Dies lässt vermuten, dass es wohl keine bedeutenden Differenzen im Bezug auf die Umsetzung des Erbgesundheitsgesetz zwischen Rüdin und Kehrer gab.

Kehrer stellt seine Rolle am EOG, wie folgt da: „So gelang es, den anderen Arzt, der sehr dazu neigte auch in strittigen Fällen die gesetzliche Bestimmung für gegeben zu erachten, zu übertrumpfen und dadurch nicht wenige Menschen vor nicht zureichend begründeten Unfruchtbarmachungen zu bewahren. Die Strenge meiner Beurteilung vor diesem Gericht war wahrscheinlich einer der Gründe, dass ich während des zweiten Weltkriegs für „politisch unzuverlässig“ erachtet wurde, (...).“ (42).

Auch die Umsetzung des Erbgesundheitsgesetzes an seiner Klinik erfolgte nach der Darstellung Kehrers restriktiv: „Ich machte es allen damit befassten Ärzten zur strengen Pflicht, nur in solchen Fälle die Voraussetzung desselben für gegeben zu erachten, bei denen die erbliche Verursachung des betreffenden Leidens einwandfrei erwiesen sei.“ (42).

Gleichwohl lassen Kehrers eigene Darstellungen keinen deutlichen Widerstand gegen das Erbgesundheitsgesetz erkennen. Auch implizieren sie, dass er bei „einwandfrei erwiesener erblicher Verursachung“ eugenische Maßnahmen keineswegs ablehnte, sondern durchaus billigte.

Ob er damit auf der Linie der damaligen Machthaber lag, ist zweifelhaft. Jedenfalls ist festzuhalten, dass Kehrer für die Amtsperiode 1938/1939 nicht an das EOG wiederbestellt wurde. Ob dieses wirklich - wie er es darstellt (42) - an seiner Begutachtung der Fälle lag oder vielleicht andere Gründe hatte, kann heute nicht mehr festgestellt werden.

Dass er dem damaligen Regime durchaus kritisch gegenüberstand, zeigt sich darin, dass Kehrer nie einer Organisation der NSDAP angehörte – im Gegensatz zu einer Vielzahl seiner Kollegen. Dies führte schließlich dazu, dass er als „gänzlich unbelastet“ (Toellner 64) zum ersten Dekan der Nachkriegszeit der medizinischen Fakultät ernannt wurde.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Kehrer eugenische Maßnahmen zwar nicht ablehnte, zumindest aber ihrer Umsetzung durch das Erbgesundheitsgesetz ambivalent gegenüberstand. Dieser Zwiespalt könnte durchaus einige Patienten vor der Sterilisation bewahrt haben. Bei „unstrittigen Fällen“ ließ er dagegen keinerlei Widerstand, wenn nicht sogar Befürwortung erkennen.

### 13. T4-Aktion

Die Auswirkungen der T4-Aktion auf die hiesige Klinik lassen sich nicht lückenlos nachvollziehen.

In den Krankenblättern aus diesem Zeitraum findet sich unter den aufgeführten Verlegungsorten keine der Heil- und Pflegeanstalten, welche zur systematischen Ermordung von psychisch Kranken dienten - Grafeneck, Bemburg, Hadamar, Hartheim, Sonnenstein und Brandenburg - (siehe Einleitung).

Die Patienten wurden wie in den Jahren zuvor in die Heil- und Pflegeanstalten der Umgebung eingewiesen. Hier wären zum Beispiel die Pflegeanstalt Marienthal (Münster), Stift Tilbeck, die Heilanstalt Gütersloh oder auch Bethel (Bielefeld) zu nennen.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Patienten der hiesigen Klinik von der T4-Aktion verschont blieben. Die genannten Verlegungsanstalten waren nämlich durchaus, wenn auch in unterschiedlichen Ausmaß, von der T4-Aktion betroffen.

Es ist also zu befürchten, dass über den Umweg der Pflegeheilstätten auch Patienten der Uniklinik ermordet wurden. Dieser Umweg könnte durch die kurzen Behandlungszeiten in der Uniklinik begründet sein, die einer gezielten Erfassung im Wege stand. Auch die Kriterien zur Erfassung im Rahmen der T4-Aktion - Schizophrenie, Paralyse, Epilepsie, Schwachsinn, Enzephalitis oder Huntingtonscher Chorea sowie kriminelle Geisteskranke oder Patienten mit einem über 5 Jahre dauernden Anstaltsaufenthalt (52) - zielten vor allem auf schwere, chronifizierte Fälle, welche sich natürlich eher in den Pflegeheilstätten als in den Unikliniken fanden. Die Befürchtung von Pastor von Bodelschwingh, Leiter der Anstalt Bethel, „es solle künftig überhaupt keine Pflegeanstalten mehr geben“ (aus 38), zeigt ebenfalls, dass vorrangig die Patienten eben dieser Heilstätten betroffen waren.

Weitgehend verschont blieben die Patienten, welche nach Bethel verlegt wurden. Pastor von Bodelschwingh weigerte sich lange, die Meldebögen der T4-Aktion auszufüllen. Aus einem Brief an Prof. Dr. Brandt, einen der Koordinatoren der T4-Aktion, wird deutlich, dass Bodelschwingh bei einem persönlichem Besuch von Brandt (am 31.03.1941) schließlich der Aufnahme von „völlig erloschenem Leben“ in die „Verlegungslisten“ zustimmte (38). Dies entsprach für die Betroffenen einem Todesurteil, rettete auf der andern Seite dem Großteil der Patienten das Leben.

Um nun in Erfahrung zu bringen, wie viele der verlegten Patienten der T4-Aktion zum Opfer fielen, müssten die Archive der betreffenden Pflegeheilanstalten nach entsprechenden Verlegungsunterlagen durchsucht werden. Dies würde allerdings den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Auch ist fraglich, ob die jeweiligen Archive noch über diese Unterlagen verfügen und somit eine vollständige Auswertung überhaupt möglich wäre.

# Anhang:

## 1. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

529

# Reichsgesetzblatt

Teil I

1933	Ausgegeben zu Berlin, den 25. Juli 1933	Nr. 86
<b>Inhalt:</b> Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933 ..... S. 529		
Fünfte Verordnung zur Durchführung der Verordnung über die Devisenbewirtschaftung. Vom 20. Juli 1933 ..... S. 531		
Verordnung über die Errichtung einer vorläufigen Filmkammer. Vom 22. Juli 1933 ..... S. 531		
Verordnung über Zolländerungen und Ausfuhrscheine. Vom 24. Juli 1933 ..... S. 533		
Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Aufhebung der im Kampf für die nationale Erhebung erlittenen Dienststrafen und sonstigen Maßregelungen. Vom 25. Juli 1933 ..... S. 535		

### Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933.

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

#### § 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

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

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

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

#### § 2

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

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

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

#### § 3

Die Unfruchtbarzumachung können auch beantragen

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

#### § 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

#### § 5

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

#### § 6

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

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

## § 7

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

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

## § 8

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

## § 9

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

## § 10

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

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

(3) Das Erbgesundheitsobergericht entscheidet endgültig.

## § 11

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

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

## § 12

(1) Hat das Gericht die Unfruchtbarmachung endgültig beschlossen, so ist sie auch gegen den Willen des Unfruchtbarzumachenden auszuführen, sofern nicht dieser allein den Antrag gestellt hat. Der beamtete Arzt hat bei der Polizeibehörde die erforderlichen Maßnahmen zu beantragen. Soweit andere Maßnahmen nicht ausreichen, ist die Anwendung unmittelbaren Zwanges zulässig.

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

## § 13

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

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

## § 14

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

**Nr. 86**

**§ 15**

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

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

**§ 16**

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

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

**§ 17**

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

**§ 18**

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1934 in Kraft.

Berlin, den 14. Juli 1933.

Der Reichskanzler  
Adolf Hitler

Der Reichsminister des Innern  
Frick

Der Reichsminister der Justiz  
Dr. Gürtner

## 2. Arbeitsbogen zur Aktenauswertung

### **Persönliche und familiäre Grunddaten:**

- Codenummer:  
1 Initialen:  
2 Alter bei Aufnahme:  
3 Geschlecht: männlich=1 weiblich=2  
4 Familienstand: ledig=1 verheiratet=2 geschieden=3  
getrennt lebend=4 verwitwet=5  
5 Anzahl der Kinder:  
6 Schulbildung: keine Schulbildung=1 Sonderschule=2 Volksschule=3  
Gymnasium=4 Abitur=5 ohne Abitur=6  
7 Höchster Berufsabschluss:  
Noch in Ausbildung=1 angelernt=2 abgeschl. Lehre=3  
Meister/Fachschule=4 Universität=5 sonst. Abschluß=6 ohne  
Abschluß=7  
8 Jetzige (letzte) Beruf:  
Arbeiter=1 Angest./Beamnt.=2 ltd. Angest./Beamnt.=3  
Selbstständige/r=4 Student/Azubi=5 Schüler=6  
Hausfrau=7 Haustochter=8 Rentner=9 ohne Beruf=10  
9 Arbeitslosigkeit: Ja=1 Nein=2  
10 Wohnverhältnisse:  
zur Miete=1 Wohneigentum=2 Wohnt alleine=3 Wohnt bei Eltern=4 Wohnt bei  
Geschwistern=5 Wohnt mit Ehepartner/ Familie=6 Wohnt in Betreuung=7  
11 Familien Anamnese:  
11.1 Psychische Erkrankung der Eltern:  
11.2 Psychische Erkrankung der Geschwister:  
11.3 Psychische Erkrankung anderer Familienmitglieder:

### **Frühere psychische Erkrankungen**

- 12 Alter bei erstem Auftreten:  
13 Verlauf  
13.1 Anzahl der bisherigen Episoden:  
13.2 Restitutio ad Integrum:  
13.3 Residuum:  
13.4 Chronifizierung:  
14 (Vor)Diagnose der früheren psychischen Erkrankungen:

### **Somatische Vorerkrankungen/Begleiterkrankungen:**

- Infektionserkrankungen:  
15 Syphilis:  
16 Tuberkulose:  
17 Andere Infektionserkrankungen:  
18 Andere Erkrankungen und Behinderungen:

### **Stationäre Behandlung**

- 19 Aufnahmedatum:  
20 Dauer der stationären Behandlung in Tagen:  
21 Entlassung: nach Hause=1 in Betreuung (Heim)=2  
verlegt in anderes Krankenhaus=3 gegen Revers entlassen=4  
22 Anzahl und Datum eventueller erneuter Aufnahmen in der hiesigen Klinik:

**Krankheitsbild:**

Symptomatik siehe psychopathologischer Befund:

23 Auslöser der Symptomatik:

24 Beginn: akut=1, schleichend=2

25 Suizidalität:

Suizidgedanken/Suizidankündigungen=1 Suizidversuch in der

Vorgeschichte=2 Suizidversuch während der stationären Behandlung=3

Suizid=4

26 Verlauf:

ohne Symptome entlassen=1

als „gebessert“ entlassen=2

„ungebessert“ entlassen=3

mit verschlimmelter Symptomatik entlassen=4

Während der Behandlung verstorben=5

**somatische Diagnostik:**

27 Blutbild: 27.1 Erythrozyten: 27.2 Leukozyten: 27.3 Neutrophile:

27.4 Basophile: 27.5 Eosinophile: 27.6 Lymphozyten:

27.7 Monozyten:

Serum: 27.8 Wassermanntest:

28 Liquor: 28.1 Zellzahl: 28.2 Eiweiß 28.3 Albumin:

28.4 Globulin: 28.5 Glukose: 28.6 Kochsalz:

28.7 Farbe: 28.8 Wassermanntest:

29 Körperliche Untersuchung:

30 Andere Diagnostik:

**Diagnose:**

31 Paranoid-halluzinatorische Schizophrenie

32 Hebephrenie

33 Katatone Formen

34 Schizophrenia simplex

35 Schizophrenes Residuum

36 Spätschizophrenie

37 Nicht näher differenzierte Schizophrenie

38 Mischformen

39 Beginnende Schizophrenie

40 Differenzialdiagnosen:

**Behandlung:**

41 Medikamente:	Dosis	Zielsymptom	Regelmäßig	bei Bedarf
42 Scopolamin				
43 Opiate				
44 Barbiturate				
45 Paraldehyd				
46 Sulfonal				
47 Bromide				
48 Sulphosin				
49 Insulinkur/ Cardiazolschock				
50 Andere				

- 51 Arbeitstherapie/ Beschäftigungstherapie
- 52 Zeitweise Isolation notwendig
- 53 Dauerbadbehandlungen
- 54 Erbgesundheitsverfahren: als erbkrankverdächtig gemeldet=1  
Sterilisationsbeschluss des Erbgesundheitsgerichts=2  
erfolgte Sterilisation=3

55 Sonstiges:

<b>Psychopathologie</b>	<b>T1 (Aufnahme)</b>	<b>T2 (Entlassung)</b>
<b>100 Bewusstseinsstörungen</b>		
101 Bewusstseinsverminderung		
102 Bewusstseinsintrübung		
103 Bewusstseinsengung		
104 Bewusstseinsverschiebung		
105 Sonstiges		
<b>110 Orientierungsstörungen</b>		
111 zeitlich		
112 örtlich		
113 situativ		
114 zur Person		
115 sonstiges		
<b>120 Aufmerksamkeits- u. Gedächtnisstörungen</b>		
121 Auffassungsstörungen		
122 Konzentrationsstörungen		
123 Merkfähigkeitsstörungen		
124 Gedächtnisstörungen		
125 Konfabulationen		
126 sonstiges		
<b>130 Formale Denkstörungen</b>		
131 gehemmt		
132 verlangsamt		
133 umständlich		
134 eingeengt		
135 perseverierend		
136 grübeln		
137 ideenflüchtig		
138 Vorbeireden		
139 gesperrt/ gedankenabreißend		
140 inkohärent/ zerfahren		
141 Neologismen		
142 sonstiges		
<b>150 Befürchtungen u. Zwänge</b>		
151 Misstrauen		
152 Hypochondrie		
153 Phobien		
154 Zwangsgedanken		
155 Zwangsimpulse		
156 Zwangshandlungen		
157 sonstiges		
<b>160 Wahn</b>		
161 Wahnstimmung		
162 Wahnwahrnehmung		
163 Wahnideen		
164 Wahngedanken		
165 Beziehungswahn/ Verfolgungswahn		
166 Beeinträchtigungswahn		
167 Eifersuchtswahn		
168 Schuldwahn		
169 Verarmungswahn		
170 hypochondrischer Wahn		
171 Größenwahn		
172 religiöser Wahn		
173 sonstiges		

<b>180 Sinnestäuschungen</b>		
181 Illusionen		
182 Stimmenhören		
183 andere akustische Halluzinationen		
184 optische Halluzinationen		
185 Geruchs-/ Geschmackshalluzinationen		
186 Körperhalluzinationen		
187 andere Sinnestäuschungen		
<b>190 Ich-Störungen</b>		
191 Derealisation		
192 Depersonalisation		
193 Gedankenausbreitung		
194 Gedankenentzug		
195 Gedankeneingebung		
196 andere Fremdbeeinflussungen		
<b>200 Störungen der Affektivität</b>		
201 ratlos		
202 Gefühl der Gefühllosigkeit		
203 affektarm/ affektstarr		
204 Störung der Vitalgefühle		
205 deprimiert		
206 hoffnungslos		
207 ängstlich		
208 euphorisch		
209 dysphorisch		
210 gereizt		
211 innerlich unruhig		
212 klagsam		
213 Insuffizienzgefühle		
214 gesteigertes Selbstwertgefühl		
215 Schuldgefühle		
216 Verarmungsgefühle		
217 ambivalent		
218 Parathymie		
219 affektlabil		
<b>220 Antriebs- und psychomotorische Störungen</b>		
221 antriebsarm		
222 antriebsgehemmt		
223 antriebsgesteigert		
224 motorisch unruhig		
225 maniert		
226 theatralisch		
227 mutistisch		
228 logorrhöisch		
229 negativistischer Stupor		
230 Katalepsie		
231 sonstiges		
<b>240 andere Störungen</b>		
241 sozialer Rückzug		
242 soziale Umtriebigkeit/ distanzlos		
243 Aggressivität		
244 Suizidalität		
245 Selbstbeschädigungen		
246 Mangel an Krankheitseinsicht		
247 Ablehnung der Behandlung		
248 pflegebedürftig/ Beaufsichtigung nötig		
249 Schlafstörungen		
250 sonstiges		

## Literatur

1. Arolt V, Rothermundt M, (2005) The immunology of psychiatric disorders. *Psychother Psychosom Med Psychol* 55: 36-48
2. Bange C, (1992) Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie, VWB, Berlin
3. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland J, (1956) Towards a theory of schizophrenia. *Behav Science* 1: 251-264
4. Beratis S, Gabriel J, Hoidas S, (1994) Age at Onset in Subtypes of Schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin* 20: 287-296
5. Beratis S, Gabriel J, Hoidas S, (1997) Gender differences in the frequency of schizophrenic subtypes in unselected hospitalized patients. *Schizophrenia Research* 23: 239-244
6. Binding K, Hoche A (1920) Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Felix Meiner Verlag, Leipzig
7. Binswanger O, (1923) Lehrbuch der Psychiatrie, Jena, Aufl. 6
8. Blasius D, (1994) „Einfache Seelenstörung“, Geschichte der deutschen Psychiatrie, Fischer, Frankfurt a.M.
9. Bleuler E, (1923) Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin, Aufl.4
10. Bleuler M, (1951) Forschung und Begriffswandlung in der Schizophrenienlehre 1941-1950. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 10: 385-430
11. Bonnhoeffer K, (1940) Die Geschichte der Psychiatrie in der Charite im 19. Jahrhundert. *Z. ges. Neurologie und Psychiatrie* 168: 43-51
12. Bychowski G, (1928) Über Psychotherapie der Schizophrenie. *Der Nervenarzt* 1: 478-487
13. Cox MJ, (1811) Praktische Bemerkungen über Geisteszerrüttung. Aus dem Englischen übersetzt. Renger'sche Buchhandlung, Halle
14. Davis KL, Kahn RS, Grant K, Davidson M, (1991) Dopamin in schizophrenia: a review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry* 148: 1474-1486
15. Deister A, Marneros A, (1993) Subtypes in schizophrenic disorders
16. Deister A, Marneros A, (1994) Prognostic value of initial subtype in schizophrenic disorders. *Schizophrenia Research* 12: 145-157
17. Delay J, Deniker P, (1952) 38 cas de psychoses traitées par la cure prolongée et continue de 4560 R.P. *Comptes Rendus du Congr. Alién. Neurol. France.* 50: 503-513. Dt. Übersetzung in Selbach 1977.
18. Dicke J, (2001) Eugenik und Rassenhygiene im Wissenschaftlichen Diskurs der Universität und des Gesundheitswesens der Stadt Münster 1918-1939. <<http://uni.jandicke.net/examensarbeit.pdf>> Stand: 26.5.2004, 15:35 Uhr
19. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V. Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Aufl.5
20. Dilling H, Reimer C, Arolt V, (2000) Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Springer, Berlin Heidelberg, Aufl. 4
21. Fenton WS, McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes. *Archives of General Psychiatry*, in press
22. Freeman, Watts, (1949) Psychochirurgie. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
23. Goodman AB (1989) Paranoid schizophrenia: Prognosis under DSM-II and DSM-III-R. *Comprehensive Psychiatry* 30: 259-266
24. Haenel T, (2003) Jakob Klaesi zum 120. Geburtstag. *Der Nervenarzt* 74: 471-475

25. Häfner H (1993) What is schizophrenia? *Neurology, Psychopharmacology and Brain Research* 2:36-52
26. Häfner H, (1995) Was ist Schizophrenie? Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, Jena, New York
27. Häfner H, (2000) Das Rätsel der Schizophrenie: Eine Krankheit wird entschlüsselt, Beck, München
28. Häfner H, (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 28: 17-54
29. Häfner H, Kasper S, (1982) Akute lebensbedrohliche Katatonie. *Der Nervenarzt* 53: 385-394
30. Hambrecht M, Maurer K, Löffler W, Heiden W, Munk-Jørgensen P, Häfner H, (1998) The ABC schizophrenia study: a preliminary overview of the results. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 33: 380-386
31. Heinz A, Braus DF, Romero B, Gallinat J, Puls I, Juckel G, Weinberger DR, (2004) Genetische und medikamentöse Einflüsse auf die Funktion des präfrontalen Kortex bei schizophrenen Patienten. *Der Nervenarzt* 75: 845-856
32. Hirsch SR, Weinberger DR, (1995) Schizophrenia. Blackwell Science, Oxford London Edinburgh
33. Hohendorf G, Magull-Seltenreich A, (1990) Von der Heilkunde zur Massentötung. *Medizin im Nationalsozialismus*. Wunderhorn, Heidelberg
34. Huber G, Gross G, (1979) Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
35. Jablenski A, (1997) The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 28: 111-125
36. Jablenski A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A (1992) Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychological Medicine Monograph suppl* 20. Cambridge University Press. Cambridge
37. Jablensky A, (2000) Epidemiology of schizophrenia: the global burden of disease and disability. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 250: 274-285
38. Kaiser JC, Nowak K, Schwartz M, (1992) Eugenik Sterilisation „Euthanasie“. *Politische Biologie in Deutschland 1895-1945*. Union, Berlin, Aufl.1
39. Kavanagh DJ, (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 160: 601-620
40. Kehrer F, (1929) Die Beziehungen zwischen der heutigen experimentellen Erbforschung und der genealogischen Neurologie. *Der Nervenarzt* 2: 262-272
41. Kehrer F, (1935) Die Diagnose des Erbveitstanzes und seine rassenhygienische Bedeutung. *Deutsche medizinische Wochenschrift* 61: 2039-2035
42. Kehrer F, (1961) *Geschichte der Universitäts-Nervenlinik Münster*
43. Kendler KS, Gruenberg AM, Tsuang MT, (1984) Outcome of schizophrenic subtypes defined by four diagnostic systems. *Archives of General Psychiatry* 41: 149-154
44. Klaesi J, (1922) Über die therapeutische Anwendung der „Dauernarkose“ mittels Somnifen bei Schizophrenen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 74: 556-592
45. Klee E, (2001) *Deutsche Medizin im Dritten Reich – Karrieren vor und nach 1945*. Frankfurt am Main
46. Krapelin E, (1904) *Psychiatrie*, Leipzig, Aufl.7
47. Langelüddecke A, (1933) Schwefelbehandlung bei Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie* 149: 499-513

48. Langenstrass K, Friedmann-Buchmann E, (1931) Stupor in zirkulären und schizophrenen Psychosen. Versuch einer aktiven Behandlung. Zeitschrift der gesamten Neurologie und Psychiatrie 135: 83-94
49. Luxenburger H, (1934) Einige für den Psychiater besonders wichtigen Bestimmungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Der Nervenarzt 7: 437-456
50. Marneros A, Deister A, Rohde A, (1991) Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York
51. Meduna L, (1937) Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie
52. Möhrle A, (1996) Der Arzt im Nationalsozialismus: Der Weg zum Nürnberger Ärzteprozess und die Folgerungen daraus. Deutsches Ärzteblatt 93
53. Möller H, Laux G, Kapfhammer P, (2003) Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, Aufl. 2
54. Morrison M, James R, (1974) Changes in Subtype of Schizophrenia: 1920-1966. American Journal of Psychiatry 131: 674-677
55. Müller C, (1998) Die Drehmaschinen in der Geschichte der Psychiatrie. Gesnerus 55: 17-32
56. Müller M, (1936) Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. Der Nervenarzt 9: 569-580
57. Paulus H, (2000) Das Erbgesundheitsgericht Bayreuth und seine Tätigkeit von 1934 bis 1944. Die Justiz und „Euthanasie“. Archiv für Geschichte von Oberfranken 80: 355 ff
58. Propping P, Nöthen MM, Körner J, Rietschel M, Maier W, (1994) Assoziationsstudie bei psychiatrischen Erkrankungen. Der Nervenarzt 65: 725-740
59. Runge H, (1942) Zur Prognose der Schizophrenie. Der Nervenarzt 15: 151-157
60. Rüsken W, (1950) Über die Beeinflussung schizophrener Krankheitszustände durch Leukotomie. Der Nervenarzt 21: 508-514
61. Sakel M, (1935) Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie, Wien
62. Stender A, (1950) Über die transorbitale Leukotomie und eine neue Variante. Der Nervenarzt 21: 514-517
63. Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Ritter K, Schanda H, Friedman A, (2002) Are We Witnessing the Disappearance of Catatonic Schizophrenia? Comprehensive Psychiatry 43: 167-174
64. Toellner R, (1980) Die Universität Münster. Aschendorff Verlag, Münster
65. Valenstein ES, (1986) Great and desperate cures. New York
66. Valenstein ES, (1980) The Psychosurgery debate. W.H. Freeman and Company, San Francisco
67. Volz H, Gaser C, Sauer H, (2000) Supporting evidence for the model of cognitive dysmetria in schizophrenia – a structural magnetic resonance imaging study using deformation-based morphometry. Schizophrenia Research 46: 45-56
68. Wagner-Jauregg J, (1918) Über die Einwirkungen der Malaria auf die progressive Paralyse. Psychiat. Neurol. Wschr. 20: 132-134 u. 251-255

# Lebenslauf

Persönliche Daten	Jan Leygraf, geb. am 25.12.1978 in Münster, am 09.12.2005 Heirat mit Astrid Jung, geb. am 14.05.1980 in Bielefeld am 06.09.2006 Geburt des Sohnes Niklas Leygraf
Schulbildung	
1985-1989	Ellering Grundschule (Maria-Veen)
1989-1998	Gymnasium der Mariannahiller Missionare (Maria-Veen)
1998	Abitur
Zivildienst	
1998-1999	Kinderkurheim Pelzerhaken (Schleswig Holtstein)
Hochschulstudium	
1999-2005	Studium der Humanmedizin (Westfälische Wilhelms-Universität Münster)
2001	Ärztliche Vorprüfung
2002	Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2004	Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
2004-2005	Praktisches Jahr: Universitätsklinikum Münster, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Universitätsklinikum Münster, Klinik für Innere Medizin Universitätsklinikum Münster, Klinik für Chirurgie
28.11.2005	Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
12.12.2005	Approbation als Arzt
Beruf	
seit 01.01.2006	Assistenzarzt im Ev. Krankenhaus Bielefeld, Krankenanstalten Gilead, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin