

AUS DEM INSTITUT FÜR MEDIZINGESCHICHTE
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG
VORSTAND: PROFESSOR DR. MED. DR. PHIL. MICHAEL STOLBERG

Die Patienten der Universitätsnervenklinik Würzburg zwischen 1919 und 1945

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Andrea Müller

aus Mindelheim

Würzburg, Dezember 2018

Referentenblatt

Referentin: Priv.-Doz. Dr. Karen Nolte

Korreferent: Prof. Dr Jürgen Deckert

Dekan: Prof. Dr. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 19.12.2018

Die Promovendin ist Ärztin.

Inhalt

1.	Einleitung.....	1
1.1.	Quellenkritik.....	4
1.1.1.	Standbücher.....	4
1.1.2.	Krankenakten.....	7
1.2.	Methodik.....	11
1.2.1.	Standbücher.....	11
1.2.2.	Krankenakten.....	25
2.	Auswertung der Patientendaten aus den Standbüchern.....	27
2.1.	Fortlaufende Zahl, Alter der Patienten und durchschnittliche Aufenthaltsdauer.....	28
2.1.1.	Fortlaufende Zahl.....	28
2.1.2.	Alter.....	32
2.1.3.	Aufenthaltsdauer.....	35
2.2.	Herkunft der Patienten.....	43
2.2.1.	Einzugsgebiet.....	43
2.2.2.	Größe des Herkunftsortes.....	49
2.3.	Stand und Gewerbe der Patienten.....	54
2.4.	Familienstand und Konfession Patienten.....	61
2.4.1.	Familienstand.....	61
2.4.2.	Konfession.....	65
2.5.	Krankheitsform der Patienten.....	68
2.5.1.	Manisch-depressiver Formenkreis.....	76
2.5.2.	Psychopathie und Neuropathie.....	82
2.5.3.	Neurologische Krankheitsformen, psychische Störungen des höheren Lebensalters, Epilepsie und Schwachsinn.....	91
2.5.4.	Schizophrenie.....	97
2.5.5.	Schädeltraumata, traumatische Hirnschädigungen und Begutachtungen.....	109
2.6.	Entlassung der Patienten aus der Klinik.....	119
3.	Zusammenfassung.....	125
4.	Anhang.....	134
5.	Abbildungsverzeichnis.....	157

6. Quellenverzeichnis	160
6.1. Nicht gedruckte Quellen.....	160
6.2. Gedruckte Quellen	160
7. Forschungsliteratur	162
8. Internetressourcen.....	166

1. Einleitung

Wer heutzutage aufmerksam durch die Straßen der Stadt Würzburg läuft, wird an diversen Stellen auf in den Boden eingelassene, kleine Würfel treffen, welche von einer beschrifteten Messingplatte überzogen sind. Diese sogenannten Stolpersteine werden seit 2006, auf eine europaweite Projektinitiative des Kölner Künstlers Gunter Demning hin in der unterfränkischen Universitätsstadt in zunehmender Zahl verlegt und sollen durch die Eingravierung des Namens und der Versetzung des Steins vor dem damaligen Arbeits-/oder Wohnplatz an ein NS-Opfer erinnern. So kann das Gedenken und die Ehrung der Opfer, aber auch die resultierende Mahnung, in unsere Lebensmitte gerückt werden. Die Würzburger Beteiligung an der bereits 1993 in die Wege geleiteten Stolpersteininitiative war der lokalen Förderin des Projekts – der Stadträtin Benita Scholz – insofern besonders wichtig, da gerade die unterfränkische Stadt zur NS-Zeit traurige Berühmtheit erlangt hatte.¹ Mit Werner Heyde kam 1926 ein junger Assistenzarzt an die Würzburger Nervenlinik, der ab 1.1.1940 nicht nur die Klinikleitung übernahm, sondern auch, zunächst als Obergutachter und später als Leiter, an vorderster Stelle an dem Euthanasieprogramm „Aktion T4“ (1939–1941) und damit an der Ermordung von mindestens 100.000 geistig oder körperlich Behinderten beteiligt war. Dass er 1947 nach den Nürnberger Prozessen fliehen und unter dem Namen Dr. Sawade in Norddeutschland bis 1959 weiterhin als Gerichtsgutachter tätig sein konnte, ohne juristisch jemals zur Rechenschaft gezogen worden zu sein, wirft noch mehr Dunkel auf dieses Kapitel.² Heyde war es auch, der die Eröffnung eines von 92 Außenlagern des KZ Flossenbürg in Würzburg initialisierte und so ab 1943 für die Unterbringung von etwa 60 Häftlingen im Kellergeschoss der Universitätsnervenlinik gesorgt hatte.³ Nicht nur in Würzburg, sondern deutschlandweit haben sich nach Schneider an der Euthanasie beteiligte Psychiater mehrheitlich nicht zu ihren Taten bekannt, so dass lange Zeit dieser Teil der Psychiatriegeschichte

¹ Vgl. *Würzburger Stolpersteine* [Online]. Würzburg: Maintraining. Available: <http://www.stolpersteine-wuerzburg.de> [Accessed 31.01.2017].

Vgl. FILDHAUT, J. 2016. *Schwimmen, gedenken, vernetzen* [Online]. Würzburg. Available: <http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/Schwimmsport;art735,9385126> [Accessed 30.1.2017].

² Vgl. HENNERMANN, H. 1985. Werner Heyde und seine Würzburger Zeit. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 56ff.

³ Vgl. JUNG, W. 2013. *KZ Flossenbürg, Außenlager Würzburg* [Online]. Würzburg. Available: <http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/Britische-Armee-Homosexualitaet-Haeftlinge-KZ-Flossenbuerg-Konzentrationslager-Leichenberge-Misshandlungen-Psychiatrische-Kliniken;art735,7415965> [Accessed 29.01.2017].

weitestgehend verdrängt wurde. So hätte es „fast 70 Jahre gedauert, bis die Fachgesellschaft [...] entschlossen hat dieser Sprachlosigkeit ein Ende zu setzen“.⁴ Mit großen Forschungsprojekten und der Errichtung von Gedenkstätten soll sich nun der Vergangenheit gestellt, ihr gedacht und aus ihr gelernt werden.⁵ Auch in Würzburg wurde in diesem Rahmen am 25.10.2014 eine Gedenkstele auf dem Gelände der Psychiatrischen Klinik mit der Inschrift „Zum Gedenken an die Opfer des Nationalsozialismus“, der „Zwangsterilisation 1934–1945 Euthanasie 1940–1945 Außenstelle KZ Flossenbürg 1943–1945“ feierlich eröffnet, die erinnernd und mahnend laut Professor Deckert verhindern soll, dass sich derartiges jemals wiederholen wird.⁶ Der Klinikdirektor machte mit der Bereitstellung der Patientenakten und Standbücher seit der Gründung der Universitätsnervenklinik zudem erst möglich, dass ein umfassendes Forschungsprojekt zur Untersuchung der Würzburger Psychiatriegeschichte des 20. Jahrhunderts ins Leben gerufen werden konnte.

Bisher existieren nur einige wenige Arbeiten, die sich mit der Aufarbeitung dieser Geschichte bereits auseinander gesetzt haben. Der ehemalige Professor für Psychiatrie in Würzburg, Jobst Böning, zum Beispiel veröffentlichte Artikel wie „Psychiatrie in Würzburg – vom Mittelalter bis zur Moderne“ oder „Von Reichardt bis Beckmann: Würzburger Psychiatrie im 20. Jahrhundert“,⁷ in denen er, schwerpunktmäßig für das letzte Jahrhundert, vor allem verwaltungstechnische und personelle Entwicklungen, aber auch Veränderungen in der Therapie und Lehre heraus arbeitete. Einen ebenso guten Überblick über die Entstehung der Universitätsnervenklinik aus der psychiatrischen Abteilung des Juliusspitals, über die jeweiligen Klinikleiter mit ihren Forschungsprojekten und über die baulichen Veränderungsmaßnahmen erarbeitete der 1970 selbst zum Klinikvorstand der Würzburger Psychiatrie ernannte Otto Schrappe.⁸ Sein Artikel „Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würz-

⁴ SCHNEIDER, F. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, P. U. N. 2011. *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung; Gedenkveranstaltung 26. November 2010*, Berlin u.a., Springer. S. 5.

⁵ Vgl. Ebda. S. 5ff.

⁶ Vgl. JUST, S. 2014. *Gedenkstele für Opfer von NS-Verbrechen eingeweiht* [Online]. Available: <http://www.presse.uni-wuerzburg.de/einblick/single/artikel/gedenkstel/> [Accessed 15.7.2017].

⁷ Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff.

BÖNING, J. 2007. Von Reichardt bis Beckmann: Würzburger Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: METTENLEITER, ANDREAS (ed.) *Tempora mutantur et nos? Festschrift für Dr. Walter M. Brod zum 95. Geburtstag*. Pfaffenhofen: Akamedon.

⁸ Vgl. SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatriehistorisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Thieme.

burg in den letzten 5 Jahrzehnten“ war Teil eines von Gerhard Nissen veröffentlichten Symposiums anlässlich des 90. Jahrestags der Eröffnung der „Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg“ im Jahre 1985. Etwas spezifischer forschte beispielsweise Jörg Skriebeleit, der als heutiger Leiter der Gedenkstätte Flossenbürg die Verbindung der Nervenlinik mit dem Würzburger Außenlager des KZ Flossenbürg herausarbeitete.⁹ Über die klinischen Rahmenbedingungen und das zuständige medizinische Personal sind also durchaus einige wissenschaftliche Forschungsergebnisse zu finden, über die in der Würzburger Universitätsnervenlinik behandelten Patienten hingegen liegen bisher keinerlei geschichtliche Informationen vor. Diese Lücke soll anhand der Ergebnisse der folgenden Arbeit versucht geschlossen zu werden.

In Bezug auf die Erforschung des Patientenkollektivs anderer Universitätspsychiatrien steht allen voran die Arbeit von Thomas Beddies und Andrea Dörries über „Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin“.¹⁰ Zur Erarbeitung bestimmter Fragestellungen über persönliche Daten der Patienten sowie ihre Diagnosen zogen die Wissenschaftler Inhalte aus Standbüchern, in denen die aufgenommenen Patienten vermerkt wurden, und Krankenakten heran. Die Autoren anderer Arbeiten wie Fuchs in „Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde“,¹¹ Rotzoll in „Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitinsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4“¹² und Jähnel in „Die Nervenlinik München während der Aktion T4“¹³ gingen methodisch ähnlich in der Auswertung von Informationen aus Krankenakten und Standbüchern vor, allerdings fokussierten sie sich dabei vor allem auf die Untersuchung des Zeitraums der Aktion T4 und deren Opferkreise.

Nicht nur die Jahre des Euthanasieprogramms bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges, sondern auch im Vergleich dazu den Zeitraum der Weimarer Republik ab 1919 sollte die hier vorliegende Arbeit abdecken. In erster Linie anhand der quantitativen Auswertungen der Informationen aus den entsprechenden Standbüchern, in denen die wichtigsten Patienten-

⁹ Vgl. SKRIEBELEIT, J. 2004. *Das KZ Würzburg*, Würzburg.

¹⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen.

¹¹ Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein.

¹² Vgl. ROTZOLL, M. 2013. *Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitinsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4*. Heidelberg: Universität Heidelberg.

¹³ Vgl. JÄHNEL, D. 2015. Die Nervenlinik München während der "Aktion T4". *Nervenheilkunde*, 4/2015, 285–292.

daten bei Aufnahme notiert wurden, sollte ein bisher in der Forschungsliteratur gänzlich unbeachtetes Patientenprofil der in die Würzburger Universitätsnervenklinik Aufgenommenen erstellt werden. Wer waren die Männer und Frauen, die sich in Würzburg aufgrund psychischer oder neurologischer Auffälligkeiten behandeln ließen? Welches Alter, welche Konfession und welchen Familienstand wiesen sie auf? Wo kamen sie her und wie lange blieben sie in der Klinik? Gab es dabei Änderungen im Bild der Klientelen im zeitlichen Verlauf? Wie entwickelten sich die Diagnosestellung und der Umgang mit den Patienten über den historisch ereignisreichen Zeitrahmen? Um derartige Fragen in den folgenden Kapiteln klären und außerdem eine Basis für das gesamte Forschungsprojekt um die Patientenakten aus dem Bestand der Würzburger Universitätsnervenklinik seit ihrer Gründung 1893 schaffen zu können, wurde im Rahmen dieser Dissertation eine Patientendatenbank anhand der Informationen aus den Standbüchern bis zum Jahre 1945 erstellt. Danach wurden die Standbücher zusehends spärlicher ausgefüllt, bevor sie 1947/1948 ganz von einem neu angelegten Karteikartensystem zur Patientenregistrierung abgelöst wurden.

1.1. Quellenkritik

1.1.1. Standbücher

Bei der Hauptquelle für die vorliegende Arbeit handelt es sich, wie eben erwähnt, um lückenlos vorliegende Standbücher der psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg aus der Weimarer Zeit bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs – stammend aus dem universitätsklinischen Archiv.¹⁴ Aus diesen handschriftlichen Überresten wurden übertragen und ausgewertet fünf Bücher über die Männeraufnahmen (Jahre 1905–1924, 1925–1930, 1931–1935, 1936–1944, 1945–1950) und vier Aufnahmeverzeichnisse über die Frauen (Jahre 1905–1924, 1925–1935, 1936–1944 und 1945–1950). Die davon jeweils ältesten Bücher wurden allerdings erst ab dem Jahre 1919 und die jeweils beiden Jüngsten nur für das Jahr 1945 berücksichtigt.

Insgesamt befinden sich die fadengebundenen Aufnahmeakten in einem gut erhaltenen Zustand, nur wenige Seiten lösen sich in einzelnen Büchern aus dem Verbund. Probleme berei-

¹⁴ UAWü: Aufnahmebücher der Universitätsnervenklinik 1919-1945.

tet hat dagegen immer wieder die Leserlichkeit der handgeschriebenen Daten. Nicht nur das Schriftbild selbst war hierfür verantwortlich, sondern an vielen Stellen ist auch die Tinte so verwischt, dass das Aufgezeichnete höchstens noch erahnt werden kann. Und selbst die Ersteller der Standbücher selbst scheinen sich des Öfteren ihrer Eintragungen nicht sicher gewesen zu sein. So wurde insbesondere unter der Kategorie „Krankheitsform“ (vgl. unten) den vermerkten Diagnosen durch den Autor regelmäßig ein Fragezeichen beigefügt, bereits Geschriebenes wurde durchgestrichen oder stellenweise schlecht lesbar überschrieben.

Inhaltlich dienten die Bücher der Dokumentation aller in die Klinik eingehenden Patienten. Vermutlich von Pflegepersonal oder Verwaltungsangestellten wurden direkt bei der Aufnahme für jeden Patient die ersten acht Spalten handschriftlich ausgefüllt. Hierzu wurde meist mit schwarzer Tinte in den maschinell vorgedruckten Spalten per Hand neben einer „fortlaufende[n; A.M.] Zahl“, das Datum des „Eintritt[s; A.M.]“ in „Monat“ und „Tag“ angegeben und „Name“, aktuelles „Alter“, „Heimat“, „Stand und Gewerbe“, „Familienstand“ und „Konfession“ vermerkt. Die Tatsache, dass die für die „Krankheitsform“ vorgesehene Tabellenstelle regelmäßig mit einer zu den ersten Spalten verschiedenen, schlechter lesbaren Schrift gefüllt ist, legt die Vermutung nahe, dass die Diagnosen zu einem späteren Zeitpunkt, wahrscheinlich bei Entlassung, von Ärzten nachgetragen wurden. Die übrigen im Standbuch auszufüllenden Kategorien, die sich der „Krankheitsform“ anreihen, tragen die Bezeichnungen „Austritt“, wiederum in „Monat“ und „Tag“ unterteilt, und „Wohin?“ ab dem Jahre 1925, beziehungsweise „Bemerkungen“ vor 1925. Auch diese Abschnitte wurden mutmaßlich zusammen mit der Diagnose bei Verlegung oder Entlassung inhaltlich ergänzt. Hierbei sollte notiert werden, wohin der Patient nach dem Klinikaufenthalt entlassen worden ist, beziehungsweise ein Kreuzzeichen eingefügt werden, wenn er während des Aufenthaltes verstorben war. Allerdings zeigte sich das Klinikpersonal bei der Ausfüllung letzterer Kategorien sehr nachlässig, sodass diese Informationen nur lückenhaft für die Auswertung hergenommen werden konnten.

Nach dem genannten Schema wurden die Neuaufnahmen jeden Jahres, geordnet nach Eintrittsdatum, fortlaufend in den Standbüchern aufgelistet. Zu Beginn eines jeden Jahres sollte zusätzlich der Restbestand aus den Jahren zuvor wiederholend genannt werden. Dabei wurden neuaufgenommene Patienten, die nicht im selben Jahr wieder entlassen wurden, mit „übergehend“ gekennzeichnet und bis zu ihrer Entlassung im Restbestand aufgeführt.

Wahrscheinlich nicht nur aus Verwaltungsgründen wurden die Patientendaten aller Aufnahmen in die Würzburger Universitätsnervenklinik derart verzeichnet. Nach Grotjahn bauten eben diese Informationen auch die Grundlage für eine damals geforderte psychiatrische Statistik, die dem „Sparsamkeitsapostel aus der Verwaltungsbürokratie“ folgen und „Bevölkerungspolitiker“ zur „Durchführung und Grundlegung ihrer bevölkerungspolitischen Pläne“ dienen sollte.¹⁵ Neben der wichtigen „Rubrifizierung der Diagnosen“ (vgl. unten), sollte eine solche Statistik sowohl die „Anstaltsaufnahmen“, „die demographischen Verhältnisse“ als „Vergleichsmöglichkeit mit dem Bevölkerungsdurchschnitt“, die „Aufenthaltsdauer“ für nationalökonomische Untersuchungen als auch das „Schicksal“ der Patienten und – im Sinne der Eugenik – die Adresse von Verwandten enthalten.¹⁶ Und auch auf den vom Psychiater Kraepelin um 1900 eingeführten „Zählkarten“ sollten als Mittel seiner neuen „[Forschungs-; A.M.] Methode der Verlaufsuntersuchung“ vergleichbare Daten dokumentiert werden.¹⁷ Die „statistische Kommission vom Jahre 1913“ setzte dabei fest, dass die „für eine wissenschaftliche Morbiditätsstatistik“ dienliche Zählkarte den „Tag der Aufnahme, Familien- und Vornamen, Geburtsjahr und -tag, Familienstand und Beruf, und Krankheitsform“ beinhalten sollte.¹⁸ Mit der Schaffung von 650 „Beratungsstellen für Erb- und Rassenpflege“ 1934, wurde dieses System für eine „umfassende rassenhgienische Bestandsaufnahme“ durch eine umfangreiche Dokumentation der Daten der Klienten – auch unter Hinzuziehung derer Akten aus den Heil- und Pflegeanstalten – auf „Erbkarteikarten“ noch weiter ausgebaut.¹⁹ Diese „neue methodische Grundlegung des Fachs“ mit dem Ziel einer „wissenschaftlichen Objektivierung“ des Gegenstands, wie es Borck C. und Schäfer A. in einer Rede nannten,²⁰ ermöglichte die folgende Kategorisierung und Auswertung der so erfassten Daten Würzburger Psychiatriepatienten.

¹⁵ GROTTJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 467.

¹⁶ Ebd. S. 468.

¹⁷ SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 121.

¹⁸ WILMANN, K. 1930. Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 93, 223–234.

¹⁹ RAUH, P. 2016. Medizin unter dem Hakenkreuz. In: LEVEN, KARL-HEINZ (ed.) *200 Jahre Universitätsklinikum Erlangen 1815–2015*. Köln: Böhlau Verlag. S. 262.

²⁰ OLK, J. 2013. *Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie* [Online]. Available: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/index.asp?id=4790&view=pdf&pn=tagungsberichte&type=tagungsberichte> [Accessed 28.4.2015].

1.1.2. Krankenakten

Die Krankenakte, „die die Krankengeschichte enthält“, kann definiert werden als ein „schriftlicher Bericht des behandelnden Arztes, der die Vorgeschichte der Krankheit, den Befund bei Beginn der Behandlung, fortlaufende Beobachtungen, Untersuchungen, Behandlungen und erzielte Ergebnisse“ beinhaltet.²¹ Zur Erweiterung der hauptsächlich verwendeten Daten aus den Standbüchern wurden diese ausführlichen Informationen einiger, zufällig ausgewählter Patientenakten in die Arbeit miteinbezogen. Diese wurden für jeden im Standbuch vermerkten Patienten bei Aufnahme angelegt und dienten der Dokumentation von dessen Krankengeschichte bis zum Zeitpunkt der Entlassung. In der klinischen Forschung wurden Krankenakten schon jeher als Quelle für retrospektive Studien verwendet, wohingegen sie als historische Quelle erst seit jüngerer Zeit entdeckt wurden.²² Dabei würden sich gerade Krankenakten aus Universitätskliniken durch einen besonders hohen Quellenwert auszeichnen, da sie schon rein „von ihrer Entstehung her auch Forschungszwecken dienen“ sollten.²³ Gerade der Krankenhausalltag könne laut Hess von der Pflege bis hin zu diagnostischen und therapeutischen Methoden anhand von Krankenakten gut nachvollzogen werden, weshalb diese sich als eine besonders wichtige Quelle der Krankenhausgeschichtsschreibung auszeichnen würden.²⁴

Natürlich sind einige Krankengeschichten ausführlicher ausgearbeitet, andere hingegen stark lückenhaft angelegt und wiederum andere lassen sich im Universitätsarchiv, wo die Akten heute verwahrt werden, gar nicht auffinden. Gerade neuere Krankengeschichten von in den vierziger Jahren aufgenommenen oder von mehrmals eingetretenen Patienten, konnten entweder aufgrund einer mangelnden systematischen Einordnung oder wegen Verlustes der Akten nicht in jedem Fall eingesehen werden. Der Zustand der vorhandenen Akten ist altersentsprechend meist gut. Ob sie dabei immer vollständig überliefert vorliegen, lässt sich wegen der schwankenden Genauigkeit der Aktenführung nicht sicher beurteilen. Auch kann eine bewusst lückenhafte Ausfüllung der Unterlagen nicht ausgeschlossen werden. So hätten

²¹ 2016a. *Krankengeschichte, die* [Online]. Berlin: Bibliographisches Institut GmbH. Available: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Krankengeschichte#b2-Bedeutung-1b> [Accessed 22.12.2016].

²² Vgl. DINGES, M. & WISCHNATH, M. 1998. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 21, 49–59. S. 50.

²³ Ebd. S. 51.

²⁴ Vgl. HESS, V. 2011. Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung. In: STOLLBERG, GUNNAR U.A. (ed.) *Krankengeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?* Berlin: Lit Verlag. S. 51f.

sich nach Bernet in jeder Institution eigene Regeln herausgebildet, welche Informationen in die Krankenakten eingetragen werden sollten und welche nicht.²⁵ Bezieht man sich des Weiteren auf eine Studie von Harold Garfinkel aus dem Jahre 1967, hätte bei den von ihm untersuchten Akten eine spezielle Form vorgelegen, die beim Fachpersonal als bekannt vorausgesetzt worden wäre und nur mit sogenanntem habituellem Wissen, trotz unzureichender Dokumentation, exakt gedeutet werden hätte können. Dieses fehlende, zeitgenössische, habituelle Wissen stellt sicherlich eine Schwierigkeit bei der heutigen wissenschaftlichen Dokumentenanalyse dar.²⁶

Jede der in einem Heftumschlag angelegten,²⁷ aus Einzelblättern bestehenden Akten erhielt ein Deckblatt, auf dem stichpunktartig standardisierte Patienteninformationen vermerkt wurden. Bis Mitte der zwanziger Jahre war dieses handschriftlich angelegt und beinhaltete, neben den Personendaten und der Aufenthaltsdauer, regelmäßig dokumentiert die Diagnose. Letztere war meist in einer anderen Handschrift oder mit einem anderen Stift geschrieben, was – wie bei den Standbüchern – auf eine spätere Eintragung, wahrscheinlich erst bei Entlassung, schließen lässt. Das Deckblatt in jüngerer Zeit angelegter Krankengeschichten war maschinell gedruckt und fragte zusätzlich, in über die Jahre zunehmender Ausführlichkeit, weitere Patienteneckpunkte ab, wie zum Beispiel „Art der Aufnahme“,²⁸ „von wem gebracht?“, „Grund der Einlieferung“, „Verhalten des Kranken zum Zeitpunkt der Aufnahme“, „Art der Entlassung“²⁹ und „klinische Diagnose“. Später sollten darauf auch Informationen unter anderem über die Eltern, eventuelle Sterilisationsverfahren, behandelnde Ärzte und vorherige psychiatrische Therapien sowie den Kassen- oder Versicherungsträger bei Gutachten festgehalten werden. Laut Bernet sollte eine derart standardisierte Aufzeichnung von Patientendaten anhand von vorgegebenen Formularen seit Beginn des 20. Jahrhunderts in psychiatrischen Einrichtungen der Übersetzung von „Einzelschicksal[en; A.M.]“ und individu-

²⁵ Vgl. BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*. Frankfurt: Campus Verlag. S. 66.

²⁶ Vgl. MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 80f.

²⁷ Der aus Karton bestehende, DIN A4 große Heftumschlag ist in der Regel mit dem Namen, dem Herkunftsort und den Aufenthaltsdaten des Patienten versehen.

²⁸ Zu markieren galt zutreffend: „freiwillig, veranlaßt durch: Angehörige, Arzt, Polizei.“

²⁹ Unterstrichen werden konnte „geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben: arbeitsfähig, beschränkt arbeitsfähig, arbeitsunfähig.“

ellen Patientengeschichten „in die Welt von Klinik und Verwaltung“ dienen.³⁰ Aus wissenschaftlichen Zwecken heraus sollten durch eine solche vereinheitlichte Datendokumentation subjektive Einzelfälle objektivierbar und damit auswertbar gemacht werden.³¹

Die Krankengeschichte selbst, die als eine Sammlung an biographisch reflexiven Texten und Lebenslaufinformationen verstanden werden kann,³² beginnt hier meist mit einer ausführlichen Familien- und Krankheitsanamnese und der Beschreibung des körperlichen und psychischen Befundes. Dabei wird auch regelmäßig der Patient wörtlich zitiert. Im Verlauf sind über regelmäßige Abstände das Verhalten, das Krankheitsbefinden und teilweise Inhalte über durchgeführte Therapieverfahren dokumentiert. Wie das Deckblatt sind die ältesten Krankengeschichten oft handschriftlich, jüngere mittels Schreibmaschine angelegt. Die handschriftlichen Stücke sind der Schrift zu urteilen meist von den Ärzten selbst verfasst und oft schwer leserlich, die Anamnese ist hingegen teilweise, vermutlich von Helferinnen, in Schönschrift niedergeschrieben. Bezüglich der eingeschränkten Lesbarkeit handgeschriebener Krankengeschichten beschrieb sogar der zeitgenössische Psychiater Gustav Blume den „technischen Vorgang des Lesens selbst“ als „hoffnungsvolle Qual“, denn hierfür sei „der Mensch der neuen Sachlichkeit und der Reiseschreiblichkeit nicht mehr imstande“ gewesen.³³ Dass sich die Wiedergabe und das Verständnis der handgeschriebenen Krankenakten für den heutigen Leser noch diffiziler gestalten müssen, wird daraus offensichtlich.

Zusätzlich finden sich in den Akten zumeist Kurven mit Temperatur- und Pulsverläufen, außerdem regelmäßig Überweisungs- oder Verlegungsdokumente und teilweise auch persönliche Briefe oder Schriftstücke der Patienten. Den neueren Akten ist zur weiteren Personifizierung sogar regelmäßig ein Foto des Patienten beigelegt. Außerdem sind in einigen Fällen „Intelligenztests“ mit Fragen zum Schulwissen (z. B. „wer war der erste deutsche Kaiser?“), „Erfahrungswissen (z. B. „Wie viel kostet ein Ei?“), zur „Begriffsbildung“ (z. B. „Was bedeutet Insel?“), zum Rechnen (z. B. „6:2=“), zu ethnischen Vorstellungen (z. B. „Was ist der Zweck der Ehe?“) und zum Urteilsvermögen (z. B. „Was ist der Unterschied zwischen Wasser und

³⁰ BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*. Frankfurt: Campus Verlag. S. 68.

³¹ Vgl. Ebda. S. 67ff.

³² Vgl. MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 82.

³³ BLUME, G. 1933. Über die Einrichtung psychischer Krankengeschichten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin.*, 99, 84–97. S. 84.

Eis?“) beigelegt. Damit sollte nach Reichardt unter anderem der Bewusstheitszustand, das Wahrnehmen, Auffassen und Erkennen und die Gedächtnis- und Merkfähigkeit zur Detektion organischer und angeborener, intellektueller Defekte geprüft werden.³⁴ Weitere „medizinische Komplementärdokumentation“, „die bei chemischen, physikalischen und morphologischen Untersuchungen entstanden sind und nicht vom behandelnden Arzt herrühren, zum Beispiel Röntgenbilder“, waren in den für diese Arbeit eingesehenen Akten hingegen zumeist nicht vorhanden.³⁵ Lediglich elektrische Nervenleitungsuntersuchungsbefunde wurden stellenweise in der Ausführung und mit den Ergebnissen dokumentiert, für andere Untersuchungen, wie Röntgen, lag – wenn überhaupt – nur der Befund des Radiologen bei.

Neben eventuellen gutachterlichen Interessen dienten diese standardisierten Befragungen und Untersuchungen besonders der Erstellung eines objektivierbaren, anatomisch-erbbiologischen Profils des Patienten.³⁶ Dementsprechend lag bei während des Aufenthaltes Verstorbener den eingesehenen Akten auch immer ein ausführlicher Sektionsbericht bei. Das Hauptaugenmerk wurde dabei auf die genaue, anatomische Beschreibung der Hirnstrukturen gelegt. Dazu gehörte eine detaillierte makroskopische Untersuchung mit akribisch dokumentierten Gewichts- und Druckverhältnisangaben genauso wie eine Liquoruntersuchung. Ziel war es, die zu Lebzeiten gestellte Diagnose anatomisch-pathologisch begreifbar machen und sie so bestätigen oder gar neu aufstellen zu können.

Zusätzlich zu dem oben bereits erwähnten, heute mangelnden Gewohnheitswissen des zeitgenössischen, medizinischen Personals schränken multiple weitere Faktoren die objektive Aussagekraft der Krankenakten ein. Auch verfälschte Erinnerungen des Patienten, etwaige erschwerte Kommunikation aufgrund krankheitsbedingter Sprachveränderungen oder von Ärzten selektierte Wahrnehmungen, die in der Intention Pathologien herauszufinden bereits vielfach bewertet und subjektiv dokumentiert wurden, erschweren eine Inhaltsinterpretation.³⁷ Außerdem scheint oft der Inhalt aus Arztsicht und weniger aus Patientensicht darge-

³⁴ Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 196f.

³⁵ DINGES, M. & WISCHNATH, M. 1998. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 21, 49–59. S. 54.

³⁶ Vgl. BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*. Frankfurt: Campus Verlag. S. 75ff.

³⁷ Vgl. MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 86f.

stellt zu sein,³⁸ was unter anderem an der verwaltungstechnischen Bedeutung der Krankenakte liegt, die die Krankengeschichte zu einem „Zusammenspiel aus Individuum, Anstalt und Gesellschaft“ werden ließ.³⁹ Dass „die vorliegenden Dokumente [...] Skizzen menschlichen Handelns und Fühlens in verschrifteter Form“ darstellen⁴⁰ und „nicht die Summe aller diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen etc. Maßnahmen [...], sondern nur die Summe aller dokumentierten“ Maßnahmen widerspiegeln,⁴¹ muss also beim Versuch einer Informationsobjektivierung bedacht werden. Eine Ergänzung der Informationen mit anderen Quellen, wie den vorliegenden quantitativen Erhebungen aus den Standbüchern,⁴² und der Vergleich mit der Sekundärliteratur ist deshalb unumgänglich.

1.2. Methodik

1.2.1. Standbücher

Der erste Schritt zur vorliegenden, quantitativen Erhebung bestand darin, die handschriftlich verfassten Aufnahmedaten aller Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg zwischen 1919 und 1945 in eine elektronische Datenbank zu übertragen. Hierfür wurde aus Kostengründen das Standardprogramm Excel 2013 für Windows 7 verwendet. In Hinblick auf die quantitative Auswertung, teilweise leicht abgeänderten Tabellenformaten (vgl. unten) wurden von mir und einer studentischen Hilfskraft die Aufnahmeinformationen von 22.450 Patienten elektronisch überschrieben. Die entstandene Datenbank soll nicht nur, wie eingangs bereits erwähnt, der vorliegenden Längsschnittuntersuchung der Würzburger Psy-

³⁸ Vgl. BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*. Frankfurt: Campus Verlag. S. 65f.

³⁹ Ebda. S. 64.

⁴⁰ MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 90.

⁴¹ BEDDIES, T. 2010. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: ROTZOLL, MAIKE (ed.) *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer; Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn u.a.: Schöningh. S. 226.

⁴² Vgl. GREENSTEIN, D. 1994. *A historian's guide to computing*, Oxford University Press. Nach: BEDDIES, T. 2010. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: ROTZOLL, MAIKE (ed.) *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer; Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn u.a.: Schöningh. S. 226.

chirurgiepatienten über 26 Jahre dienen, sondern auch alle weiteren Forschungsprojekte über dieses Thema unterstützen. Generell wird nach Digby einer solchen computergestützt vorgenommenen, quantitativen Auswertung für die Forschung in der Medizingeschichte ein „erhebliches Potential“ zugeschrieben, insbesondere wenn sie sich auf standardisierte Daten, wie hier aus den Stanbüchern, basieren kann. Würden die Informationen hingegen komplexer, wie die aus den Krankenakten, müsse der Historiker zunächst deren Natur verstehen lernen, bevor er sinnvolle Datenzählung damit erheben könnte.⁴³

Verständlicherweise war es bei der Datenbankerstellung nicht möglich, die per Hand geschriebenen Daten immer vollkommen einheitlich zu übernehmen, zumal mehrere Personen an der Übertragung beteiligt waren. Erschwerend zeigen sich in den Aufnahmebüchern immer wieder inhaltliche Fehler, wie zum Beispiel die Bezeichnung „Setzerswitwe“ in der Kategorie des Standes und gleichzeitig aber die Beschreibung „verheiratet“ für den Familienstand. Solche Widersprüche, die vermuten lassen konnten, welche Information die Richtige sein musste, wurden schon bei der Übertragung nach eigenem Ermessen korrigiert (im Beispiel: „verheiratet“ → „verwitwet“). Wohingegen andere inhaltliche Unstimmigkeiten, wie zwei verschiedene Angaben zur Konfession bei Wiedernennungen, so übernommen oder ganz weggelassen wurden.

Auch die Lesbarkeit der Schrift bereitete bei der Überschrift, wie in der Quellenkritik schon einmal skizziert, immer wieder Schwierigkeiten. Deshalb sind bis zum Ende mit „???“ versehene und somit als unleserliche Angaben markierte Stellen in der Datenbank verblieben. Auch falsch übertragene, einzelne Buchstaben sind dabei nicht sicher auszuschließen. Tabellenabschnitte der Excel-Datei hingegen, die nur mit einem einzelnen „?“ ausgefüllt sind, sind so aus den Aufnahmebüchern übernommen worden und zeugen von der häufigen ärztlichen Unsicherheit gerade in der Diagnosestellung. Nicht selten waren auch Informationen durchgestrichen (oft mit blauem Wachsstift), welche nur dann in die Datenbank mit der Kennzeichnung „(d)“ übernommen wurden, wenn sie von Bedeutung erschienen.

Insgesamt wurde versucht, die Daten der archivierten Quellen möglichst ursprungsgetreu zu übernehmen. In der Voraussicht einer Excel-gestützten Auswertbarkeit wurden aber Angaben stellenweise direkt vereinfacht überschrieben und die für die Auszählung verwendete Auflistung an Neuaufnahmen mit Informationen aus eventuellen Wiedernennung der Pati-

⁴³ DIGBY, A. 1987. Quantitative and Qualitative Perspectives on the Asylum. In: PORTER, ROY & WEAR, ANDREW (eds.) *Problems and methods in the history of medicine*. London; New York: Croom. S. 170.

enten im Restbestand ergänzt. So sollten bei der Übertragung von „übergehend[en; A.M.]“ Patienten Informationen aus der Restbestandszählung über das Entlassungsdatum, eventuelle Diagnoseänderungen und den Abgangsort unmittelbar in die primäre Nennung unter den Neuaufnahmen übernommen werden.

In den nun folgenden Abschnitten soll spaltenweise das genauere Vorgehen bei der Übertragung in die Datenbank und bei der Auswertung der jeweiligen Informationen beschrieben werden. Die hierfür verwendeten Operationalisierungen der einzelnen Kategorien finden sich zum besseren Verständnis zusätzlich im Anhang.

Fortlaufende Zahl, Alter

In der ersten Tabellenspalte werden die Patienten chronologisch nach ihrem Eintritt für jedes einzelne Jahr fortlaufend durchnummeriert, wobei die in die Datenbank übernommene Zahlenfolge bei den Neuaufnahmen des jeweiligen Jahres beginnt. Bis 1927 ist in den Standbüchern auch noch ein zweites Zahlenschema zu finden. Hierbei wird mit der Zählung bereits beim Restbestand begonnen und die Neuaufnahmen desselben Jahres werden daran durchgehend angeschlossen. Das neue Schriftbild ab 1927 lässt die Zuständigkeit einer neuen Person erahnen, unter welcher scheinbar nicht nur diese zusätzliche Nummerierung weg fiel, sondern auch der Restbestand insgesamt nur noch unregelmäßig durchgezählt wurde. Andere, nicht vollständig übernommene Nummerierungen, die teilweise irgendwo mit Bleistift oder blauer Wachskreide zwischengeschoben sind, zählen gesondert die Übergehenden oder auch die Begutachtungen des jeweiligen Jahres.

Die Spalten zur Eintragung von Zu- und Vornamen und dem Alter wurden unverändert in die Excel-Datei überschrieben. Auch die ab 1941/42 hier vermerkten „SS-Männer“ wurden, trotz unvollständiger Datenangaben und Verwahrung in Lazaretten (vgl. unten) statt in der Klinik selbst, zu den Aufnahmen hinzugezählt. Schließlich sind sie durch die Dokumentation ihrer Daten in den Standbüchern im weiteren Sinne als Neuaufnahmen zu verstehen. Und da sich die berechneten, prozentualen Anteile in der Regel auf die Summe der jeweiligen Angaben in der auszuwertenden Kategorie und nicht auf die gesamte Aufnahmezahl bezogen, führten die bei den SS-Männern durchgehend bestehenden Datenlücken auch zu keiner Verfälschung der Ergebnisse.

Bei der Auswertung der Altersangaben wurde, neben der Berechnung des Durchschnittsalters, auch, entsprechend der Arbeit Beddies und Dörries, eine Einordnung in verschiedene Altersstufen vorgenommen (Operationalisierung, vgl. Anhang). Patienten bis zum Alter von 19 Jahren gelten hierbei als jugendlich,⁴⁴ da laut Fuchs bis dahin die gesetzliche Fürsorgepflicht gegolten hätte. Sie selbst bevorzugte in ihrer Veröffentlichung über Euthanasieopfer hingegen eine Abgrenzung zum Erwachsenenalter ab 21 Jahren, was der damaligen Volljährigkeit entsprach.⁴⁵

Herkunft der Patienten

Die unter dem Tabellenabschnitt „Herkunft“ eingetragenen Ortschaften wurden bei Abkürzungen zur Auszählbarkeit in ihre volle Länge ergänzt, ansonsten wurden die Angaben unverändert in die Datenbank kopiert. Die Frage, wie die Herkunftsorte im Sinne einer Veranschaulichung des Einzugsgebietes der Würzburger Psychiatrie kategorisiert werden sollten, bereitete einige Schwierigkeiten. Schließlich haben sich gerade in der Zeit von 1919–1945 nicht nur die deutschen Landesgrenzen, sondern auch die innerdeutschen Grenzen ständig verschoben. Dieser Umstand machte auch dem in Vergleichsarbeiten viel zitierten Soziologen Hohls bei der Herausarbeitung einer einheitlichen, regionalen Unterteilung im Rahmen seiner Arbeit zu sozialen Erwerbsstrukturen Probleme.⁴⁶ So wurde die durch die Weimarer Nationalversammlung geschaffene „erste deutsche Republik“ in 18 Länder eingeteilt, die später laut Scheuch durch die NSDAP, nach Abschaffung des Föderalismus, weiter in „Reichsgaue“ untergliedert wurden. Unter Zunahme des Sudetenlandes und von Teilen Österreichs und Polens entstanden so zusammen mit den Gebieten des Deutschen Reichs zunächst 38 Gaue (vgl. dazu das Kartenmaterial im Anhang, Abb. 1 und 2).⁴⁷

Um trotz der ständigen Gebietsverschiebungen eine zeitgenössische Vergleichbarkeit dieser Arbeit gewährleisten zu können, wurde entsprechend Rotzoll der Stand der Grenzen der

⁴⁴ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 274.

⁴⁵ Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. Göttingen: Wallstein. S. 54f.

⁴⁶ Vgl. HOHLS, R. 1989. *Die regionale Erwerbsstruktur im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik 1895–1970*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag.

⁴⁷ Vgl. SCHEUCH, M. 1997. *Historischer Atlas Deutschland vom Frankenreich zur Wiedervereinigung in Karten, Bildern und Texten*, Wien; München, Brandstätter.

Volkszählung 1939 aus dem Gemeindeverzeichnis von 1944 für die Auswertung der Herkunftsregionen der Patienten gewählt.⁴⁸ Anhand von diesem Verzeichnis konnte in die Auszählung nicht nur die geographische Eingrenzung der Herkunftsangaben einbezogen werden, sondern auch die Ortsgröße der Patientenherkunftsorte konnte mit berücksichtigt werden, nachdem diese aus den jeweiligen Bevölkerungszahlen der Volkszählung abgeleitet werden konnte. Die entsprechende Operationalisierung wurde von Rotzoll übernommen,⁴⁹ mit der Ausnahme, dass die Kategorie „Großstadt > 100.000 Einwohner“ weg gelassen wurde, da Würzburg als offensichtlich meist genannte Stadt im untersuchten Zeitraum viele Jahre unter dieser Grenze lag (z. B. 1925: 89.000 Einwohner).⁵⁰ In Anbetracht des begrenzten Umfangs der noch viele weitere Aspekte beleuchtenden Arbeit wurde die zeitaufwendige Einteilung der Herkunftsorte nach ihrer Größe nur für den umliegenden Raum Würzburgs vorgenommen.

Stand und Gewerbe

Die Einteilung von den für die Patienten angegebenen Berufsformen unter der Kategorie „Stand und Gewerbe“ im Standbuch bezeichnete Beddies bei seiner Arbeit als Herausforderung, „weil Personen mit demselben Beruf durchaus unterschiedlich in bezug (sic) auf Einkommen und Schicht waren.“⁵¹ Wie in seiner und anderen vergleichbaren Auswertungen, wurde auch für die Einordnung der vorliegenden Angaben Würzburger Patienten ein bestehendes Schema von Kaelble und Federspiel verwendet. Die beiden Sozialforscher entwickelten für ihre Ausführungen über „soziale Mobilität“ ein Berufsgruppenkategorisierungssystem, das die soziale Schicht in Hinblick auf Ausbildung, Sozialprestige und Sicherheit des Arbeitsplatzes, die Stellung im Beruf und den entsprechenden wirtschaftlichen Sektor eines

⁴⁸ Vgl. REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.

Vgl. RADEMACHER, M. 1997. *Die Länder des deutschen Reichs 1871–1945* [Online]. Available: <http://www.verwaltungsgeschichte.de/wuerzburg.html> [Accessed 23.3.2015].

⁴⁹ Vgl. ROTZOLL, M. 2013. *Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitinsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4*. Heidelberg: Universität Heidelberg.

⁵⁰ Vgl. RADEMACHER, M. 1997. *Die Länder des deutschen Reichs 1871–1945* [Online]. Available: <http://www.verwaltungsgeschichte.de/wuerzburg.html> [Accessed 23.3.2015].

⁵¹ BEDDIES, T. 2010. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: ROTZOLL, MAIKE (ed.) *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer; Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn u.a.: Schöningh. S. 230.

bestimmten Berufes einordnen lässt.⁵² Allerdings ist kritisch anzumerken, dass sicherlich regionale Unterschiede zwischen der darin aufgearbeiteten Einteilungen für die Großstadt Berlin und den sozialen Verhältnissen in Würzburg und den ländlichen, daran anliegenden Gebieten bestehen.

Für die folgende, quantitative Auszählung aus dem Werk übernommen wurden trotzdem zum Erhalt der Vergleichbarkeit einmal in vereinfachter Form die „Liste von Berufsgruppierungen“, die auch die Verteilung der sozialen Schichtung widerspiegelt,⁵³ und außerdem die Operationalisierung zur „Stellung im Beruf“, die „die Position innerhalb der wirtschaftlichen und administrativen Hierarchie“ zeigen soll (vgl. Anhang, Operationalisierung).⁵⁴ Innerhalb der sozialen Schichtungen unterteilten die beiden Forscher die Unterschicht weiter in untere, mittlere und obere Unterschicht mit dem Kriterium, ob ein Arbeitstätiger „ungelernt“, „angelernt“ oder „gelernt“ ist. Da eine solche Differenzierung mit den Angaben aus den Standbüchern und den Patientenakten nicht nachvollzogen werden kann, wurde sie für die vorliegende Auswertung nicht vorgenommen. Auch die breite Mittelschicht wurde hier nicht weiter aufgeschlüsselt. Es findet sich zwar in dem Werk von Kaelble und Federspiel eine genaue Beschreibung der Zuordnung (Kleinbauern, Kaufleute, Wirte und Meister und mittlere Beamte und Angestellte entsprechen unterer Mittelschicht; Vollbauern, Mittlere Unternehmer und gehobene Beamte und Angestellte entsprechen oberer Mittelschicht), aber ist – am Beispiel des häufigen Berufsbildes des „Bauern“ demonstriert – diese Unterteilung ebenfalls nicht durchführbar. „Kleinbauern“ und „Vollbauern“ anhand der vorliegenden Informationen nach der Größe ihres Grundbesitzes⁵⁵ zu differenzieren, ist schlichtweg unmöglich. Zudem hätte laut Gerhard gerade die soziale Schicht der Bauern, weil sie „immer wieder für politische Zwecke instrumentalisiert“ worden wäre, in den letzten 150 Jahren der deutschen Geschichte Umwälzungen erfahren wie keine andere. Das Bild und Ansehen des Bauern, auf der einen Seite „dummer Bauer“ auf der anderen „smarter Unternehmer“, hätte in der Gesellschaft nicht konträrer sein können.⁵⁶ Gerhard betont dabei, dass gerade während der NS-

⁵² Vgl. KAEUBLE, H. & FEDERSPIEL, R. 1990. *Soziale Mobilität in Berlin; 1825–1957: Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag. S. Iff.

⁵³ Ebda. S. XI.

⁵⁴ Ebda. S. IX.

⁵⁵ Vgl. ROLF, O. & STEUER, O. 2015. *Bauern. Stand und Gewerbe in alter Zeit* [Online]. Available: <http://www.ihff.de/berufe/bauer.html> [Accessed 30.5.2015].

⁵⁶ GERHARD, G. 2012. Das Bild des Bauern in der modernen Industriegesellschaft. Störenfriede oder Stoßkinder der Industriegesellschaft? In: MÜNKEL, DANIELA & UEKÖTTER, FRANK (eds.) *Das Bild des Bauern Selbst- und Fremdwahrnehmungen vom Mittelalter bis ins 21. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. S. 111.

Zeit mit ihrer „Blut- und Boden-Ideologie“ der Bauer nach deren Verfechter Darré als „Lebensquell der nordischen Rasse“⁵⁷ gegolten und als „unverfälschte[r; A.M.], deutsche[r; A.M.] Mensch, der noch nicht jüdisch verhetzt und städtisch verdorben“ war,⁵⁸ Ansehen erfahren hätte. Entsprechend dieser gegensätzlichen Ansichten wurde hier aus der häufig gezählten Berufsgruppe der „Bauern“ eine Kategorie gebildet und der nicht weiter untergliederten Mittelschicht zugeordnet.

Eine dritte Einteilung dieser Kategorie wurde speziell für diese Arbeit vorgenommen. Denn für die Mehrzahl der Frauen und Kinder stand der Beruf des Ehemanns oder der Eltern geschrieben, welcher, wie bei Beddies und Rotzoll, für die Schicht- und Berufszuordnung der jeweiligen Patienten hergenommen wurde.⁵⁹ Aus diesem Grund sollte zur genaueren Beurteilbarkeit in dieser Auszählung zusätzlich vermerkt werden, wessen Beruf es war, der unter „Stand und Gewerbe“ aufgeführt ist. Rotzoll hat in ihrer Vergleichsauswertung zusätzlich die Kategorie „Kein Beruf aus Krankheitsgründen“ unter anderem für Patienten eingeführt, welche, aus den Krankenakten ersichtlich, auch im Erwachsenenalter von ihren Eltern, z. B. als „Landwirtstochter“, abhängig blieben.⁶⁰ Hier wurde eine derartige Berufsangabe der Kategorie „Beruf der Eltern“ zugeordnet, die für Erwachsene einen solchen Hintergrund erahnen lässt.

Bei unsicheren Zuordnungen wurde der Beruf der möglichst minimalsten Position zugeteilt, was gerade für Berufe der Mittelschicht zu einer tendenziell zu niedrig verteilten Standzuordnung geführt haben könnte. Angaben in der Sparte „Stand und Gewerbe“, wie „Häftling“ oder „Reisender“, konnten genauso wenig kategorisiert werden wie die häufige Angabe „Ehefrau“ oder „Hausfrau“ unter den Frauen.

⁵⁷ Ebda. S. 118. Zitiert nach: DARRÉ, R. 1934. *Das Bauerntum als Lebensquell der nordischen Rasse*, 4. Auflage, München.

⁵⁸ Ebda. S. 117. Zitiert nach: TANZMANN. 1922. *Deutsche Bauernhochschule* 2, 1922, 1. Folge.

⁵⁹ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 334.

Vgl. ROTZOLL, M. 2013. *Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4*. Heidelberg: Universität Heidelberg. S. 400.

⁶⁰ Vgl. ROTZOLL, M. 2013. *Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4*. Heidelberg: Universität Heidelberg. S. 399.

Familienstand und Konfession

Für jeden Patienten ist im Standbuch in abgekürzter Form außerdem vermerkt, welchem aktuellen Familienstand und welcher Konfession er angehörte. Diese Angaben wurden im Gegensatz zu den meisten anderen Informationen direkt in operationalisierter Form in die Datenbank übernommen (vgl. Anhang, Operationalisierung). In Bezug auf den Familienstand wurden demnach gezählt und ausgewertet die Vermerke „ledig“, „verheiratet“, „verwitwet“ [sic] und „geschieden“. Im Tabellenabschnitt für die Konfession fand sich, neben „katholisch“, „evangelisch“ und „jüdisch“, nur selten eine anderweitige Notiz, wie „gottlos“, „ohne“ oder „?“ , welche in der Excel-Datei unter „andere“ zusammengefasst worden sind.

Krankheitsform

Die Einteilung der unter der Spalte „Krankheitsform“ angegebenen Diagnosen entpuppte sich als eine der hürdenreichsten Aufgaben der ganzen Dissertation. Denn die Frage nach einem Klassifikationsschema psychischer Krankheiten sorgt bis heute für viel Diskussionsstoff.⁶¹ So bestünden nach Dörries und Vollmann die „grundsätzlichen medizinischen und ethnischen Probleme bei der Klassifikation psychischer Störungen“ mit den heute angewandten, „operationalisierte[n; A.M.] Diagnosesysteme[n; A.M.]“ ICD-10 und DSM-IV immer noch genauso wie mit damaligen Klassifizierungssystemen.⁶² Schließlich handle es sich bei einer solchen Kategorisierung unverändert um „eine pragmatische Übereinkunft auf der Basis wissenschaftlicher Kenntnisse“.⁶³ Sie stünde unter „gesellschaftliche[n; A.M.] Einflüsse[n; A.M.]“ und könnte als „statistische Erfassung zur kosteneffizienten Behandlung“ missbraucht werden, wengleich die ICD-10 Klassifikation weit weniger Spielraum für „subjektive Interpretation“ lasse als frühere Systeme.⁶⁴ Denn im Gegensatz zu den früheren, vorwiegend ätiologisch ausgerichteten Einteilungen (zum Beispiel „Triadisches System“, vgl. unten), wird bei der heutigen ICD-10 und DSM-IV Klassifikation symptomorientierter vorgegangen.⁶⁵

Für die vorliegende Arbeit wurde, wie in den anderen vergleichbaren Ausführungen, der zeitgenössische „Würzburger Schlüssel“ zur Diagnoseeinteilung verwendet. Dieser wurde

⁶¹ Vgl. DÖRRIES, A. & VOLLMANN, J. 1997. Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 65, 550-554.

⁶² Ebda. S. 550.

⁶³ Ebda. S. 553.

⁶⁴ Ebda. S. 554.

⁶⁵ Vgl. HUBER, G. 2005. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer. S. 21ff.

nach Einberufung einer „statistischen Kommission des deutschen Vereins für Psychiatrie“ 1929 mit dem Ziel eines „Entwurf[s; A.M.] einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten“⁶⁶ auf der Jahresversammlung in Stuttgart 1930 von Wilmanns in einer vorläufigen Ausführung präsentiert.⁶⁷ Als „Kompromiß aus zahlreichen Vorarbeiten und Vorschlägen“, die vor allem auf einem von der Charité entwickeltem Schema beruhten,⁶⁸ sollte der Würzburger Schlüssel, nach einer Erprobungsphase mit wenigen Änderungen, auf der Würzburger Jahresversammlung 1933 endgültig unter seinem späteren Namen angenommen werden.⁶⁹ Laut Wilmanns war aufgrund der „Unzugänglichkeit“ und wissenschaftlich überholten Einteilung der bis dahin geltenden „Reichsstatistik“ dieses neue Diagnoseschema dringend notwendig gewesen.⁷⁰ Es sollte, trotz der „Schwierigkeiten der Klassifikation und Nomenklatur der Geisteskrankheiten“,⁷¹ wenigstens dem „Psychiater, Nationalökonom und Eugeniker“ für „statistische Zwecke“ dienen.⁷²

Wie bereits erwähnt, wurde mit solch einer psychiatrischen Statistik anhand eines Diagnoseschemas zu Zeiten der wirtschaftlichen Krise das Ziel angestrebt, Einsparungsmöglichkeiten zu finden. Aber auch die Vorstellung einer internationalen Vergleichbarkeit scheint von nicht unerheblicher Bedeutung für den Beschluss der Entwicklung eines entsprechenden Systems gewesen zu sein. Wenngleich nach Wilmanns dabei nur „vorsichtige Vergleiche“ wegen unterschiedlicher „Ansichten über klinische Krankheitsbegriffe“ in den verschiedenen Nationen möglich gewesen wären.⁷³ Der dritte und wohl bedeutsamste Grund für die Entwicklung des Würzburger Schlüssels war die „außerordentliche Bedeutung der Geisteskrankheiten für die erb- und rassenpflegerischen Maßnahmen.“⁷⁴ Um insbesondere die Patienten mit erblichen

⁶⁶ GROTHJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 466.

⁶⁷ Vgl. WILMANNNS, K. 1930. Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 93, 223–234.

⁶⁸ Ebda. S. 277.

⁶⁹ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 191.

⁷⁰ WILMANNNS, K. 1930. Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 93, 223–234. S. 223.

⁷¹ GROTHJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 464

⁷² Ebda. S. 467.

⁷³ WILMANNNS, K. 1930. Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 93, 223–234. S. 231.

⁷⁴ GÖLLNER, H. 1938. Zur Durchführung der Diagnosenstatistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 108, 347–349. S. 347.

Krankheitsformen vollständig erfassen zu können, wurde 1937 die Diagnosestatistik auch vom „Reichsgesundheitsamt“ aufgenommen und die Anstalten wurden aufgefordert eine besonders gewissenhafte Mitarbeit zu gewährleisten.⁷⁵

Im Gegensatz zu Rotzolls und Beddies Arbeiten, in denen der Großteil der Diagnosen schon verschlüsselt angegeben war, mussten in der Vorliegenden die angegebenen Krankheitsformen nachträglich nach dem „Würzburger Schlüssel“ eingeteilt werden. Dabei ergab sich ein Problem, das gleichfalls alle Psychiater, sowohl von damals als auch von heute, gleichermaßen betrifft: die Diagnoseeinordnung in ein vorgegebenes Schema bleibt immer eine subjektive Einordnung, die nie vollkommen einheitlich vorgenommen werden kann.⁷⁶ So resümiert auch Schneider zwei Jahre nach der Stuttgarter Versammlung in einer Veröffentlichung, dass die Schaffung einer „wissenschaftliche[n; A.M.] Systematik [...] schlechthin unmöglich“ sei, sie könne lediglich „praktische Gesichtspunkte“ erfüllen.⁷⁷ Er geht dabei unter anderem auf die Schwierigkeit ein, wann bei einer angegebenen Krankheit in Hinblick auf die Kategorisierung eine psychische Störung anzunehmen ist. Denn primär neurologische Krankheiten, wie Multiple Sklerose, Parkinson, Apoplex, Arteriosklerose oder traumatische Kopfverletzungen, könnten nach dem Würzburger Schlüssel unterschiedlich kategorisiert werden, je nachdem, ob eine psychische Symptomatik vorliegt oder nicht.⁷⁸ Nach dem in Würzburg promovierten und habilitierten Psychiater Wilhelm Weygandt⁷⁹ würden zum Beispiel „im Anschluß apoplektischer Insulte [...] psychische Erscheinungen“ aufzutreten pflegen,⁸⁰ sodass in vorliegender Auswertung die Diagnose Apoplex durchgehend unter „6“ („psychische Störungen des höheren Lebensalters“) gezählt wurde. Wohingegen würde aber „nicht jede Arteriosklerose [...] zu psychischen Störungen“ führen,⁸¹ weshalb sie, wie auch die anderen oben genannten Diagnosen, bei fehlenden weiteren Angaben über psychische Auffälligkeiten, entsprechend einer diesbezüglichen Empfehlung Schneiders in einer seiner Veröffentlichungen, unter „20“

⁷⁵ Vgl. Ebda. S. 348f.

⁷⁶ Vgl. GROTHJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 468f.

⁷⁷ SCHNEIDER, K. 1932. Erfahrungen mit der Diagnosetabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 98, 172–176. S. 172.

⁷⁸ Vgl. Ebda. S. 174.

⁷⁹ Wilhelm Weygandt promovierte 1896 unter Konrad Rieger und habilitierte sich 1899 in Würzburg mit der Arbeit über „Mischzustände bei manisch-depressiven Krankheiten“.

Vgl. HANSEN, J. 1985. Wilhelm Weygandt in Würzburg und Hamburg. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart: Thieme.

⁸⁰ WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 362.

⁸¹ Ebda. 360.

(„Nervenkrankheiten ohne psychische Störung“) geführt wurden.⁸² Allerdings ist zu erwähnen, dass die darunter kategorisierten Diagnosen mit Hinzuziehung von Zusatzinformationen aus den Krankenakten über mögliche psychische Erscheinungen wohl mit einem deutlich größeren Anteil unter Kategorie „2“, „6“ oder „8“ im Würzburger Schlüssel gezählt werden hätten können, als sie es mit den bloßen Angaben aus dem Standbuch hier tatsächlich wurden.

Ebenso zählten ohne Zusatzinformation zu „20“ die zu den traumatischen Kopfverletzungen gehörenden, zahlreich geführten Diagnosen einer „Hirnerschütterung“ oder „Commotio“. Denn nach Reichardt sollten die bei der Hirnerschütterung typischen, nach kurzer Zeit völlig reversiblen Symptome der Pulsanomalie, des Erbrechens und der Bewusstseinsveränderung keines Falls generell als eine psychische Störung nach Gehirnverletzungen (Kategorie „2“ im Würzburger Schlüssel) gewertet werden.⁸³ Zumal bereits eine „subjektiv von den Verletzten [...] bemerkte Bewußtseinstrübung oder vorübergehende Verdunkelung des Gesichtsfeldes mit einem momentanen Schwinden der Gedanken“ für die Diagnosestellung einer Hirnerschütterung ausgereicht hätte.⁸⁴ Die zur „Contusio“ und „Hirnquetschung“ synonym verwendete „traumatische Hirnschädigung/-verletzung“, welche im Gegensatz zur Hirnerschütterung eine „unmittelbar mechanisch bedingte sichtbare Schädigung der Hirnsubstanz und der weichen Häute“ als anatomisches Substrat aufgewiesen hätte,⁸⁵ wurde dahingegen unter „2“ kategorisiert.⁸⁶ Schließlich konnten nach zeitgenössischer Fachliteratur hierbei, im Vergleich zur Hirnerschütterung, länger anhaltende, quantitativ „stärkere Reizerscheinungen

⁸² Vgl. SCHNEIDER, K. 1932. Erfahrungen mit der Diagnosetabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 98, 172–176. S. 174.

⁸³ Vgl. REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 34f.

⁸⁴ Ebd. S. 36.

⁸⁵ WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 244.

⁸⁶ In der Literatur wird der von Reichardt geprägte Begriff der „dauernd traumatischen Hirnschädigung“ synonym zur „Contusio“, „traumatischen Demenz“, „posttraumatischen Leistungsschwäche“ und dem von Bay geprägten Begriff des „traumatischen Hirnschaden[s; A.M.]“ verwendet. REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 46.

Vgl. WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 298.

GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 6.

des Hirns⁸⁷ mit einem „regelmäßigen Hinzutreten von Herderscheinungen“,⁸⁸ wie Aphasien, motorische Unruhe oder delirante Zustände,⁸⁹ beobachtet werden. Die Hinzunahme von Krankenakteninformationen für eine etwaige genauere Diagnoseeinteilung hätte den Rahmen des Umfangs der auszuwertenden Quellen gesprengt. Schließlich ist hier nicht nur eine Auswertung der Diagnosen, sondern auch eine ausführliche soziale Einordnung zur Erstellung eines Patientenprofils, erfolgt.

Eine weitere große Hürde stellte der Umgang mit nicht selten mehreren angegebenen Diagnosen für einen Patienten dar. Auch Schneider und Grotjahn griffen dieses Problem in ihren Arbeiten auf. Da letzterer eine „Kombinationsstatistik“ strikt ablehnte, sollte der „Grund zur Anstaltsaufnahme“ die zu kategorisierende Diagnose bilden.⁹⁰ Weil der aber im Rahmen der Arbeit nicht durchgehend ermittelt werden konnte,⁹¹ wurde entschieden, die jeweils erst genannte Diagnose des Standbuches für die Statistik nach dem „Würzburger Schlüssel“ zu verwenden. Abweichungen davon ergaben sich, wenn die erste Diagnose im Gegensatz zur zweiten nicht einrichtungsspezifisch (z. B. „chr. Arthritis, Psychopathie“) oder mit einem „?“ versehen war, oder wenn bei wiederkehrender Nennung des Patienten im Bestand eine korrigierte, von der Erstdiagnose abweichende Entlassungsdiagnose angegeben wurde.

Um dennoch alle genannten Diagnosen, unabhängig von ihrer Reihenfolge, berücksichtigen zu können, wurden zusätzlich die am häufigsten genannten und sogenannten erbbiologisch relevanten Krankheiten (vgl. unten), wie „Schwachsinn“, Schizophrenie, „zirkuläres Irresein“, Epilepsie und Psychopathie, einzeln ausgezählt (vgl. Anhang, Operationalisierung). So konnte außerdem vermieden werden, dass einzelne, vielleicht bedeutende Krankheitsbilder innerhalb einer breiten Diagnosegruppe des Würzburger Schlüssels in der Auszählung verloren gehen. Zudem sollten durch die Zählung bloßer Wortnennungen, wie die der „Psychose“

⁸⁷ GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 3.

⁸⁸ WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 298.

⁸⁹ Vgl. Ebda. S. 298.

Vgl. GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 4.

⁹⁰ SCHNEIDER, K. 1932. Erfahrungen mit der Diagnosetabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 98, 172–176. S. 174.

GROTJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 469.

⁹¹ Selbst unter Hinzunahme der Krankenakten, hätte der definitive Aufnahmegrund nur schwer festgestellt werden können. Auf den Krankenakten finden sich als Aufnahmegründe Vermerke wie „unruhig“, also Zustandsbeschreibungen zum Aufnahmezeitpunkt und keine dem Aufnahmegrund zuordnungsbarer Diagnosen.

oder der „Katatonie“, Änderungen in der Verwendung psychiatrischer Definitionen und Nomenklaturen identifiziert werden können.

Wie schon mehrmals angedeutet, waren sich die Würzburger Ärzte bei der Stellung ihrer Diagnosen des Öfteren unsicher. Neben den vielen vermerkten „?“, selbst noch bei den Entlassungsdiagnosen, wird dies unter anderem auch dadurch ersichtlich, dass sich bei einigen Langzeitpatienten in ihren Wiedernennungen im Bestand die Diagnose durchaus mehrmals ändern konnte. So zum Beispiel beim Patienten B. B., der beim ersten Vermerk seiner Aufnahme am 27.1.1920 zunächst die Diagnose „Idiotie“ im Standbuch erhielt. Bei seiner ersten Nennung im Bestand 1921 wurde unter Krankheitsform dann „Hydrocephalus“ und in den Bestandsaufnahmen vom Jahre 1922 und 1923 schließlich die Diagnose „Katatonie“ notiert. So ist eine psychiatrische Diagnose oft zunächst als eine Querschnittsaufnahme des momentanen Zustandsbildes zu verstehen und kann erst im weiteren Verlauf einer bestimmten Längsschnittdiagnose zugeordnet werden.⁹² Typisches Beispiel aus dem Standbuch hierfür ist die Patientin B. H., deren erst vermerkte Diagnose bei Aufnahme am 27.11.1934 „Melancholie“ lautete. Nach zweimaliger Aufnahme am 23.5.1935 zeichnete sich schließlich eine bipolare Störung im Rahmen eines „manisch-depressiven Irreseins“ ab. Zudem ist zu berücksichtigen, dass wissenschaftliche Fortschritte und die damit verbundenen Änderungen des Diagnosespektrums ebenso einen Grund für einen solchen Diagnosewandel darstellen können.

Insgesamt stellte für viele Psychiater die Einordnung von vielleicht vorab schon fraglich gestellten Diagnosen in ein vorgegebenes Schema eine schwierige Aufgabe dar. Grotjahns Aussage „In Zweifelsfällen werden sich durch Tradition Regeln herausbilden.“⁹³ verdeutlicht die Unsicherheit im Umgang mit dem Würzburger Schlüssel auch der damaligen Ärzte. Deshalb empfahl er, unter anderem bei Unsicherheiten über die Einordnung in Untergruppen, die entsprechende Hauptgruppe zu verwenden⁹⁴ und unklare Bilder unter neutrale Rubriken zu setzen, „um andere Klassen fehlerfrei zu halten“.⁹⁵ Folglich wurde in vorliegender Auswertung der „Würzburger Schlüssel“ durch die Kategorie „22 – nicht einordbar“ (vgl. Operationalisierung, Anhang) ergänzt.

⁹² Vgl. DECKERT, J. Einführung, 1. Vorlesung. Vorlesung der Psychiatrie; SS 2015, 2015 Würzburg; Hörsaal Psychiatrie.

⁹³ GROTJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480. S. 469.

⁹⁴ Vgl. Ebda. S. 469.

⁹⁵ Ebda. S. 473.

Austritt, Wohin? oder Bemerkungen

Aus dem unter „Austritt“ und dem im zweiten Tabellenabschnitt vermerkten Datum des „Eintritt[s; A.M.]“ konnte für die Auszählung die Aufenthaltsdauer der Patienten ermittelt werden. Da die Dauer des Klinikaufenthalts nach oben hin stark variierte, und sie deshalb nicht annähernd einer Gaußschen Verteilung entsprach, erschien die reine Betrachtung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer als wenig aussagekräftig. Aus diesem Grund wurde beschlossen zusätzlich mit Perzentilen zu arbeiten, die aufzeigen, wie viel Prozent der Patienten kürzer beziehungsweise länger als eine bestimmte Tageszahl in der Klinik verblieben. Die Angaben unter „Wohin?“ beziehungsweise „Bemerkungen“ wurden, wie die die Vermerke zu „Familienstand“ und „Konfession“, in operationalisierter Form in die Datenbank übernommen (vgl. Anhang, Operationalisierung). Mittels der gebildeten Variablen „in andere Institution“, „Tod“, Pflegeanstalt „Lohr“ und „Werneck“, „Würzburger Klinik“, „nach Hause“ und „übergehend“ konnten die Informationen bei Überschreibung in die Datenbank direkt kategorisiert werden. Allerdings ist diese Spalte in den Standbüchern nur bis Mitte der 20er Jahren annähernd vollständig ausgefüllt, weshalb sie auch nur bis dahin in die Auswertung aufgenommen wurde. Dabei sind, aufgrund der insgesamt stark lückenhaften Vermerke, die berechneten Prozentangaben nicht wie sonst auf die Anzahl der Gesamtangaben, sondern auf die gesamte Aufnahmezahl des jeweiligen Jahres berechnet worden.

Aus den Standbüchern allein wird also weder ersichtlich, von wem oder woher der Patient nach Würzburg eingeliefert wurde, noch kann das genauere Schicksal nach dem universitären Aufenthalt nachvollzogen werden. Ohne Krankenakteninformationen ist des Weiteren für die Erkrankten kein „Entlassungsstatus“ (z. B. „gebessert“, „ungebessert“, „geheilt“), wie ihn Beddies bestimmt hat, rekonstruierbar.⁹⁶ Auch kann nicht aufgezeigt werden, wie die Ärzte das Verhalten ihrer Patienten wahrgenommen haben. Fuchs zum Beispiel konnte anhand ihrer Untersuchung an Euthanasie Patienten nachweisen, dass ärztliche Kategorisierungen wie „störend“ im Gegensatz zu „ruhig und angenehm“ durchaus zum Ermordungsbeschluss beitrugen.⁹⁷ Das Fehlen derartiger Angaben in den Standbüchern begrenzt die genauere Erschließung von Verlegungen oder besonders langen Aufenthalten. Die mangelnde,

⁹⁶ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 264.

⁹⁷ FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. Göttingen: Wallstein. S. 65.

durchgehende Auszählung von Wiederaufnahmen Würzburger Patienten, die den Rahmen dieser Arbeit überstiegen hätte, verhindert zudem eine Verlaufsdarstellung der meisten Krankengeschichten im Längsschnitt.

Vielmehr handelt es sich bei dieser Auswertung um eine Entwicklungsveranschaulichung des im Querschnitt erfassten Würzburger Patientenkollektivs mit dem Ziel der Erstellung eines Patientenprofils. In Hinblick auf den Umfang des Projekts wurde dabei für einige Zählungen (Altersverteilung, Stand und Gewerbe, Konfession und Familienstand, Diagnosen) stichprobenartig nur jedes zweite und für die Auswertung der Herkunft nur jedes vierte Jahr genauer betrachtet. Auch derart kann eine tendenzielle Entwicklung der Patientendaten nachvollzogen werden. Der wissenschaftliche Erkenntnisgewinn weiterer Auswertungen der Operationalisierungen steht hingegen in keinem Verhältnis zu dem notwendigen Zeitaufwand.

1.2.2. Krankenakten

Wie bereits erwähnt, dienten die Krankenakten, bei der hier vornehmlich quantitativ vorgenommenen Auswertung von Patientendaten der Standbücher, vor allem der qualitativen Ergänzung der daraus entnommenen Informationen. Schließlich erlaubt gerade die Mischung der beiden Methoden einander ergänzende Einblicke mit dem Ziel einer stimmigen Interpretation.⁹⁸ Deshalb wurden zur genaueren Untersuchung bestimmter Fragestellungen, die während der primär vorgenommen Datenauswertung auftraten, nicht selten entsprechende, stichprobenartig ausgewählte Akten herangezogen.⁹⁹ Dabei erfolgte die Auswahl zu einem bestimmten Merkmal passender Akten rein zufällig aus der angelegten Datenbank. Bei Mehrfachauswahlen wurde lediglich darauf geachtet verschiedene Zeiträume abzudecken.

Für den ersten Gliederungspunkt des Auswertungsteils sollte beispielsweise nach möglichen Gründen für die errechneten Unterschiede in den Aufenthaltsdauern zwischen den Geschlechtern und für das Vorliegen besonders langer Liegezeiten in entsprechenden Kranken-

⁹⁸ Vgl. DIGBY, A. 1987. Quantitative and Qualitative Perspectives on the Asylum. In: PORTER, ROY & WEAR, ANDREW (eds.) *Problems and methods in the history of medicine*. London; New York: Croom. S. 171.

⁹⁹ Dieses Auswahlverfahren wird in einem Artikel zur Erschließung von Krankenakten als „Gezielte Auswahl des Besonderen“ bezeichnet, die als Basis in der Regel ein „Findemittel“ – hier die angelegte Datenbank – benötigt. Nach: DINGES, M. & WISCHNATH, M. 1998. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 21, 49–59. S. 54f.

geschichten gesucht werden. Dazu wurden zufällig Patienten ausgewählt, die durch zeitlich besonders ausgedehnte Klinikaufenthalte in der Patientendatei auffällig waren. Anschließend wurden die Inhalte der Akten gezielt auf mögliche Hinweise für die Beantwortung der Fragestellung untersucht und exemplarische Krankengeschichten wurden ausschnittsweise in der Arbeit vorgestellt.

Stellenweise wurde in den Patientenakten auch nur gezielt nach einer einzelnen Information gesucht, wie zum Beispiel im Kapitel über die Herkunft der Aufgenommenen, für welches mehrere Deckblätter von Krankengeschichten lediglich auf den Vermerk hinter „Von wem gebracht?“ überprüft wurden. Zur Ausweitung der Ergebnisse der vorgenommenen Diagnoseauszählung sollten Akten speziell auf darin vielleicht vermerkte synonym oder differentialdiagnostisch verwendete Krankheitsformen, Krankheitssymptomatik und Therapieformen durchgesehen werden. Bezüglich der vielfach im Standbuch unter „Krankheitsform“ genannten „Begutachtungen“, für die die Universitätsklinik spezialisiert war, konnten durch Akteneinsichten die damit verbundenen Unfallmechanismen und Krankheitsbilder näher bezeichnet werden. Manchmal wurden bei der Durchsicht der Krankengeschichten auch zufällig, zwar nicht dem gesuchten Merkmal entsprechende, aber für eine andere Fragestellung bedeutsame Informationen gesichert.

Generell wurde im Umgang mit den Krankenakten trotz der in der Quellenkritik erläuterten Fehleranfälligkeit der Datendokumentation und Dateninterpretation, entsprechend Beddies Vorgehen, den Inhalten der dokumentierten Angaben grundlegend gefolgt.¹⁰⁰ Zwar sollte nach Daniel Greenstein, einem der Vorreiter in der computergestützten Analyse von Krankenakten, dabei vermieden werden, die gewonnenen Daten aus rein naturwissenschaftlicher Sicht zu betrachten,¹⁰¹ doch bedarf es nun einmal bei der „Abbildung einer Vielzahl von Lebenswirklichkeiten mit den [...] einschränkenden Möglichkeiten der elektronischen Datenverarbeitung [...] zwangsläufig [eine; A.M.] Vereinfachung“.¹⁰² Dabei sollte jedoch nach Hess tunlichst vermieden werden die Krankenakten als „Ausschnitt historischer Wirklichkeit“ an-

¹⁰⁰ Vgl. BEDDIES, T. 2010. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: ROTZOLL, MAIKE (ed.) *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer; Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn u.a.: Schöningh. S. 226.

¹⁰¹ Vgl. Ebda. S. 231. Nach: Greenstein, D. 1994. *A historian's guide to computing*. Oxford University Press.

¹⁰² Ebda. S. 231.

zusehen,¹⁰³ vielmehr sollte im Sinne eine hermeneutischen Leseart versucht werden das Notierte im Kontext zu interpretieren.¹⁰⁴ Traten zum Beispiel im sprachlichen oder inhaltlichen Zusammenhang Widersprüche auf, wurden diese bei der Auswertung auf ihre Bedeutung hin näher untersucht.

Auf eine tiefere sprachliche Analyse der Dokumente musste aber weitestgehend verzichtet werden. Freilich „transportieren [Wörter; A.M.] Bedeutungen“ und die damals in der Psychiatrie verwendete „Alltagssprache mit medizinischen Versatzstücken“ und „sozial stigmatisierenden Begriffe[n; A.M.]“ hätte viel Platz für zweckmäßige Interpretationen gelassen,¹⁰⁵ doch hätte eine einhergehende Beschäftigung damit den Rahmen der Arbeit überschritten. In den Quellen zu findende, zeitgenössische Begrifflichkeiten, insbesondere Diagnoseformen, die nicht selten aus heutiger Sicht pejorativ erscheinen, wie zum Beispiel die Diagnosen des „Manisch-depressiven Irreseins“ oder des „Angeborenen Schwachsinn“, wurden in die Arbeit deshalb ohne Abänderungen übernommen. Hierbei wurde jedoch versucht, im Kontext auf die heutige Problematik derartiger Verwendungen hinzuweisen.

Schließlich einen anschaulichen und quelleninhaltsgetreuen Mittelweg zwischen quantitativen Ergebnissen und vielgestaltigen Krankheitsgeschichten zu finden, gilt es nun in der folgenden Auswertung umzusetzen.

2. Auswertung der Patientendaten aus den Standbüchern

Mit dem Ziel einen Eindruck über das Profil eines Würzburger Psychiatriepatienten zwischen 1919 und 1945 zu gewinnen, wurde die in den nun folgenden Kapiteln vorgestellte Auswertung der aus den Standbüchern entnommenen Daten vorgenommen. Die Untersuchung von

¹⁰³ HESS, V. 2011. Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung. In: STOLLBERG, GUNNAR U.A. (ed.) *Krankengeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?* Berlin: Lit Verlag. S. 47.

¹⁰⁴ Vgl. BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts.* Frankfurt: Campus Verlag. S. 64f.

¹⁰⁵ MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie".* Göttingen: Wallstein. S. 82.

Fragen unter anderem über das Alter, die Aufenthaltsdauer, die Konfession, die Herkunft, den Stand und die Diagnoseart der in diesem Zeitrahmen in die Universitätsnervenklinik Aufgenommenen soll ein Bild der in der Forschungsliteratur zur Würzburger Psychiatriegeschichte bisher wenig berücksichtigten Patientenseite schaffen, auf dessen Grundlage in einem weitreichend angelegten Forschungsprojekt an jüngst bereit gestellten Patientenakten noch genauer auf deren Klinikalltag, auf Umgangs-, Diagnose- und Therapiepraxen und Verlegungsformen eingegangen werden kann.

2.1. Fortlaufende Zahl, Alter der Patienten und durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Im ersten Abschnitt zur Untersuchung der in den Standbüchern vermerkten Patientenummerierung, des notierten Alters und der errechneten Aufenthaltsdauer sollen, neben der Bestimmung statistischer Aufnahmeentwicklungen, etwaige Besonderheiten im Vergleich zu Psychiatriepatienten anderer zeitgenössischer Einrichtungen erarbeitet werden und genauer auf die starken Abweichungen der Liegezeiten im zeitlichen Verlauf und zwischen den Geschlechtern eingegangen werden.

2.1.1. Fortlaufende Zahl

Insgesamt wurden für den besagten Zeitraum die Daten von 22.450 Patienten in den Aufnahmebüchern vermerkt und im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet. Abbildung 3 (vgl. Anhang) zeigt hierbei den Verlauf der absoluten Zahlen an Klinikneuaufnahmen zwischen 1919 und 1945 mit Gegenüberstellung der beiden Geschlechter. Dabei lässt sich auf den ersten Blick eine tendenzielle Zunahme der Aufnahmezahlen kontinuierlich bis 1943/44 erkennen. Bis zum Jahre 1939 deckt sich dieser Trend mit dem allgemeinen Bevölkerungswachstum in Deutschland und speziell in den Einzugsgebieten des Würzburger Patientenkollektivs. Wohingegen in den darauffolgenden Jahren in der deutschen Allgemeinheit ein deutlicher Bevölkerungsschwund zu verzeichnen war,¹⁰⁶ der sich offensichtlich nicht auf die Aufnahme-

¹⁰⁶ Z. B. lagen die Bevölkerungszahlen im Stadt- und Landkreis Würzburg 1925 bei 89.910, 1933 bei 101.003, 1939 bei 101.345 und dann 1950 nunmehr bei 78.443 Einwohnern. Entsprechend diesem Trend entwickelten

zahlen ausgewirkt hat. Die Würzburger Klinikaufnahmen steigen besonders ab 1926/27 deutlich an (Frauen: von n=118 1925, auf n=186 1926, auf n=219 1927; Männer von n=195 1925, auf n=372 1926 und n=843 1927), was mit einer Änderung der Klinikleitung 1925 zu tun haben könnte. In jenem Jahr wurde der bisherige Direktor Konrad Rieger, der seit der Gründung der „Psychiatrischen Klinik am Schalksberge“ 1893 in diesem Posten stand, durch seinen Schwiegersohn Martin Reichhardt abgelöst.¹⁰⁷

Dieser war gerade im Fachbereich der Begutachtung für die Genehmigung von Renten ambitioniert und wurde 1937 sogar Vorsitzender der „Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin“.¹⁰⁸ Diese Spezialisierung des Klinikleiters zeigt sich eindrucksvoll in den ab 1926/27 besonders zahlreich auftretenden „Begutachtungen“, „Rentenneurosen“ und „Entschädigungsreaktionen“ unter den im Standbuch genannten Diagnosen (vgl. unten) und mag für den teils überproportionalen Anstieg der Aufnahmen männlichen Geschlechts in jenen Jahren verantwortlich sein. Deshalb ist 1927 auch das Verhältnis von Männer zu Frauen mit 3,8 besonders hoch.

Dass über alle Jahre hinweg der Männeranteil stets überwogen hat,¹⁰⁹ lag, neben dem hohen Teil an männlichen Begutachtungen – und einem damit verbundenem hohen Durchlauf mit kurzen Aufenthaltszeiten im Gegensatz zu längeren Aufenthaltsdauern bei den Frauen (s. unten) –, vielleicht auch an einer festgelegten Bettenverteilung. Hingegen der hier errechneten Verteilung dominierte in der Allgemeinbevölkerung, und auch bei Beddies Auswertungen,¹¹⁰ während des betrachteten Zeitraums der Frauenanteil.¹¹¹ Auch wären, nach einer weiteren vergleichbaren, statistischen Auswertung der Patientenzahlen in psychiatrischen

sich die Einwohnerzahlen für die Einzugsgebiete des Würzburger Patientenkollektivs und gesamt Deutschland. Vgl. REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.

Vgl. 2016b. *Kreisfreie Stadt Würzburg 09663; eine Auswahl wichtiger statistischer Daten* [Online]. München. Available: www.statistik.bayern.de [Accessed 5.6.2016]. S. 6.

¹⁰⁷ Vgl. SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatriehistorisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 62ff.

¹⁰⁸ Vgl. NOLTE, K. 2015. Überlegungen zu einer Geschichte der Würzburger Universitätspsychiatrie in den 1930er und 1940er Jahren – Fragestellungen, Methoden und Thesen. Würzburg.

¹⁰⁹ Bis 1926 1,2–2 mal mehr Männer, ab 1928 2–3 mal mehr Männer; insgesamt 6.834 Frauen und 15.616 Männervermerke gezählt.

¹¹⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 271.

¹¹¹ Vgl. 1940. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt. S. 7. Aufgerufen über <http://www.digizeitschriften.de> (14.9.2016).

Z. B. waren 1933 darin rund 42 Millionen Männer und 44,6 Millionen Frauen im deutschen Reich vermerkt.

Einrichtungen in England, die Frauenbestände dort durchgehend höher gewesen als die der Männer, was in diesem Fall nicht durch ein häufigeres Vorkommen von Geisteskrankheiten bei diesem Geschlecht, sondern durch die deutlich erhöhte Sterblichkeitsrate der Männer bei der wohl dominierenden Diagnose der Syphilis erklärt wurde.¹¹² Bei unserer Zählung der absoluten Aufnahmen spielt diese Krankheit aber, im Gegensatz zu der Bestandszählung in England, nur eine untergeordnete Rolle.

Die im Diagramm (vgl. Anhang, Abbildung 3) ab 1935 ersichtliche, erneute Erhöhung der Patientenaufnahmen ist durch die Fertigstellung des von Reichhardt initialisierten Neubaus der Universitätsnervenklinik erklärbar. Dabei wurde die Bettenzahl von ursprünglich 60 auf 120 erhöht und das Personal neben einem Oberarzt, Dr. Heyde – dem späteren Klinikdirektor und Leiter der T4-Aktion – um 6 Assistenzärzte und 29 Pfleger/-innen aufgestockt.¹¹³ Zudem trug zur erhöhten Einrichtungsnutzung von Patientenseite aus sicherlich auch eine allgemeine Reform der Verwaltungspraxis in psychiatrischen Kliniken zur Erleichterung der Praxis von Anstaltsaufnahmen bei.¹¹⁴

Außerdem seien laut Strecker die steigenden Aufnahmezahlen in Deutschland im Gegensatz zu England, wo die seit Beginn des Ersten Weltkriegs gesunkenen Zahlen nach den Kriegsjahren weiterhin stagnierten, mit einem „Unterschlüpfen [der Patienten; A. M.] in die Anstalten“ während wirtschaftlicher Not in den Nachkriegsjahren verbunden gewesen.¹¹⁵ Bei dieser Überlegung dachte der Autor vermutlich an die Zuchthäuser des 17. und 18. Jahrhunderts zurück, in denen als Einrichtungsmischung aus „Wohltätigkeits- und Strafanstalten“ die „Problempopulation“, bestehend aus „Irren“, Armen und „böse[m; A.M.] Gesindel“, untergebracht war.¹¹⁶ Erst im Zuge der französischen Revolution spaltete sich mit Beginn des 19. Jahrhunderts das alte „Zucht- und Tollhaus“ auf und es entstanden spezielle Einrichtungen

¹¹² Vgl. STRECKER, H. 1932. Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 98, 769–786. S. 783f.

¹¹³ Vgl. NOLTE, K. 2015. Überlegungen zu einer Geschichte der Würzburger Universitätspsychiatrie in den 1930er und 1940er Jahren – Fragestellungen, Methoden und Thesen. Würzburg.

Vgl. LAEHR, H. 1937. Verzeichnis der Anstalten in alphabetischer Ordnung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 106, 1–164. S. 114.

¹¹⁴ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 97.

¹¹⁵ STRECKER, H. 1932. Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 98, 769–786. S. 782.

¹¹⁶ BLASIUS, D. 1994. „Einfache Seelenstörung“. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag. S. 15.

für Geisteskranke.¹¹⁷ Die These ist allerdings in Anbetracht der politischen „Sparkonzepte“ der Weimarer Republik, die die psychiatrischen Anstalten in starke finanzielle Engpässe brachten und zu großen Misständen in den Einrichtungen führten,¹¹⁸ aus heutiger Sicht kaum nachvollziehbar. Zudem führte die in den 1920er Jahren immer mehr öffentlich aufkeimende „Rassenideologie“ zu einer weiteren Stigmatisierung der als „Minderwertige“ bezeichneten „Anstaltsinsassen“ und lässt den Wunsch nach einer Klinikaufnahme trotz Gesundheit absurd erscheinen.¹¹⁹

Laut einem Artikel des Psychiaters Gallus in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie ist die beschriebene Zunahme an Patienten in Würzburg ab 1919 nicht nur im räumlichen, personellen und verwaltungstechnischen Ausbau und in den häufigen Begutachtungen zu gründen, sondern hätte es, auf Grundlage seiner „Preußischen Anstaltsstatistik“ von 1910–1930, eine grundsätzliche „relative Zunahme“ der Zahl an „Geisteskranken“ gegeben, die er gar als „unaufhaltsame und bedrohlich steigende Bestandsziffer“ beschrieb.¹²⁰ Die Ursache hierfür findet er einmal im demographischen Wandel der Bevölkerung nach dem Ersten Weltkrieg (vgl. unten), insbesondere aber seien, wie auch in weiteren Forschungsliteraturen deklariert, „soziologische Momente“ für diese Entwicklung verantwortlich gewesen. Arbeitslosigkeit, Wohnungsnot und die Industrialisierung hätten die absolute Zahl der Erkrankungen erhöht.¹²¹ Schließlich sei die Gesellschaft dadurch „aus ihren traditionellen Lebensverhältnissen herausgerissen und völlig neuen Anforderungen ausgesetzt“ worden.¹²² Nach Weygandt

¹¹⁷ Vgl. Ebda. S. 15ff.

Dabei ist zu bemerken, dass noch bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts „die Unheilbaren“ weiterhin in der Armenhäusern verblieben und nur die „heilbaren“ in spezielle Anstalten für Geisteskranke gebracht wurden. Vgl. u. a. SIEMEN, H.-L. 2012. Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: VON CRANACH, MICHAEL (ed.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 15f.

¹¹⁸ Zum Beispiel wurden die Bedingungen im Juliusspital, in einem berühmten Brief von Heinrich von Kleist an seine Verlobte Wilhelmine von Zenge nach einem Besuch in Würzburg um 1800, als desolat und menschenunwürdig beschrieben.

Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 160.

¹¹⁹ BLASIUS, D. 1994. „Einfache Seelenstörung“. *Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag. S. 139f.

¹²⁰ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 94.

¹²¹ Vgl. Ebda. S. 95ff.

¹²² SIEMEN, H.-L. 2012. Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: VON CRANACH, MICHAEL (ed.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 16.

sei eine derartig „schwere Erschütterung des seelischen Gleichgewichts“ als ein allgemeiner, exogener Auslöser für psychische Krankheiten anzusehen.¹²³

„Daß die biologischen Faktoren¹²⁴ allein ausschlaggebend“ waren,¹²⁵ konnte hingegen angesichts einer derart „rapide[n; A.M.] Zunahme“ an Geisteserkrankungen, wie Gallus in seinem Artikel erklärt, ausgeschlossen werden. Insgesamt hält er in seiner Statistik von 1910 bis 1930 eine Zunahme der Patienten um 71% in 19 Jahren fest.¹²⁶ In Würzburg zeichnet sich für den Zeitraum von 1919 bis 1945 gar noch eine vielfach höhere Aufnahmesteigerung von rund 450% ab. Diese steht offensichtlich in Zusammenhang mit dem von Heyde initialisierten und von Zwangsarbeitern errichteten SS-Teillazarets der neurologischen Abteilung in der Fuchsleinstraße.¹²⁷ Die seit dem 31.7.1941 darin zur Behandlung aufgenommenen SS-Männer bewirkten die in Abbildung 3 ersichtliche, weitere enorme Steigerung der männlichen Patientenzahlen ab jenem Jahr.

Der kurzweilige, relative Einbruch der Aufnahmezahlen 1923 kann auf die besonders lange Liegezeit beider Geschlechter in diesem Jahr (s. unten) bei gleichzeitig eingeschränkter Bettenkapazität zurückgeführt werden. Eine weitere, massive Abnahme der Patientenzahlen ist 1945 zu verzeichnen, wo nach Kriegsende alle nationalsozialistisch "Belasteten" entlassen werden mussten, so dass Personalknappheit unter den Ärzten und beim Pflegepersonal herrschte.¹²⁸

2.1.2. Alter

Des Weiteren sollte zur Erstellung eines genauen Bildes das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme untersucht werden. So betrug das vermerkte Durchschnittsalter bei den Frauen 38,1 und bei den Männern 39,1 Jahre, was deutlich unter dem Aufnahmealter der Patienten der Wittenauer Heilstätten aus der Vergleichsarbeit von Beddies (Durchschnitt

¹²³ WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 21.

¹²⁴ Mit „biologischen Faktoren“ ist die endogene Anlage zu einer psychischen Krankheit gemeint.

¹²⁵ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 97.

¹²⁶ Vgl. Ebda. S. 96.

¹²⁷ Vgl. JUNG, W. 2013. *KZ Flossenbürg, Außenlager Würzburg* [Online]. Würzburg. Available: <http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/Britische-Armee-Homosexualitaet-Haeftlinge-KZ-Flossenbuerg-Konzentrationslager-Leichenberge-Misshandlungen-Psychiatrische-Kliniken;art735,7415965> [Accessed 29.01.2017].

¹²⁸ Nach Nolte, K. Vgl. Personalakte. Bayerisches Hauptstaatsarchiv München.

50,2 Jahre) liegt.¹²⁹ Darin wurden im Gegensatz zur vorliegenden Auswertung häufiger Diagnosen der Progressiven Paralyse, des Alkoholismus und der Erkrankungen des höheren Lebensalters gezählt, welche bei beiden Geschlechtern gleichermaßen mit einem älteren Patientenkollektiv assoziiert waren.

Wie Abbildung 4 (vgl. Anhang) darstellt, grenzt das Durchschnittsalter der in Würzburg aufgenommenen Patienten bei den Männern etwa ab 1922 und bei den Frauen ab circa 1926 intermittierend an die 40-Jahresgrenze, bevor es Ende der 30er Jahre gerade bei den Frauen wieder tendenziell absinkt. Dieser Trend entspricht dem demographischen Wandel zwischen 1910 und 1939, der sich nach dem Institut für Bevölkerungsforschung durch einen Geburtenrückgang und einer Zunahme des Anteils der Erwachsenen im mittleren Alter auszeichnete.¹³⁰ Der starke Rückgang des Durchschnittsalters 1926/1927 legt ein junges Alter der schon oben beschriebenen, zahlreichen Begutachtungen in diesen Jahren nahe. Ausreißer der Männer nach oben, wie 1943 und 1944 mit 40,3 und 40,6 Jahren, könnten mit der in Kriegsjahren typischerweise häufig gestellten Diagnose der depressiven Veränderungen und Neurosen¹³¹ zusammenhängen. Denn durchschnittlich läge der Krankheitsbeginn des „zirkulären Irresein“ („manisch-depressives Irresein“) später als der der Schizophrenie, rund ein Viertel erkrankte dabei erst nach dem 30. Lebensjahr, und auch nach dem 40. Lebensjahr träten noch Neuerkrankungen auf.¹³² Und ebenso „unbestimmte nervöse oder psychopathisch anmutende Symptome“ zeigten sich bevorzugt etwa ab dem 5. Lebensjahrzehnt.¹³³ Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass sich das im gesamten Verlauf höchste Alter bei Klinikeintritt mit 41,8 Jahren bei den Frauen und 43,3 Jahren bei den Männern im Jahre 1945 abzeichnete, nachdem in dem Jahr der deutschen Kapitulation erneut auffallend häufig Depressionen (Frauen: 20,4 %, Männer: 14,2 % der Einzelauszählungen bestimmter Diagnoseangaben) mit dem regelmäßigen Zusatz eines „Suizidversuchs“ diagnostiziert worden waren.

¹²⁹ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 278.

¹³⁰ Vgl. BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG, B. F. 2004. *Bevölkerung – Fakten, Trends, Ursachen, Erwartungen. Die wichtigsten Fragen*, Wiesbaden. S. 13.

¹³¹ Depressive Veränderungen und Neurosen wurden schon damals als eine typische psychische Erkrankung insbesondere von Soldaten in den Kriegs- und Nachkriegsjahre anerkannt. Vgl. z. Bsp. RAUH, P. 2013. Die militärpsychiatrischen Therapiemethoden im 1. Weltkrieg. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *„Heroische Therapien“*. *Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallenstein-Verlag. S. 29.

¹³² Vgl. LANGE, J. 1939. Das zirkuläre Irresein. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Berlin: Julius Springer Verlag. S. 885.

¹³³ REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 175.

Zur Veranschaulichung der genauen Altersverteilung der Würzburger Patienten im zeitlichen Durchschnitt wurde Abbildung 5 (vgl. Anhang) erstellt. Demnach wurden unter 10-Jährige, entsprechend Beddies Daten, durchgehend anteilmäßig nur sehr wenig aufgenommen. Dies mag einmal daran liegen, dass viele psychische Erkrankungen und Einschränkungen erst im Erwachsenenalter zum Vorschein kommen. Zudem kann aber auch ein Zusammenhang mit dem 1922 in Kraft getretenen Reichsjugendwohlfahrtsgesetz bestehen. Darin hieß es, dass ein Minderjähriger „unter Schutzaufsicht zu stellen“ ist, „wenn sie zur Verhütung seiner körperlichen, geistigen oder sittlichen Verwahrlosung geboten [...] erscheint.“¹³⁴ Diese „Schutzaufsicht“ wurde durch ein Vormundschaftsgericht auf Antrag des Jugendamts oder der Eltern angeordnet und führte zur Aufnahme der Kinder in Pflegefamilien oder „Erziehungsanstalten“,¹³⁵ wie beispielsweise dem Ottilienheim in Absberg in Mittelfranken.¹³⁶ Darin wurden die „Minderwertigen“ – wie Gallus die Fürsorgekinder in seinem Artikel nannte – nach „frühzeitige[r; A.M.] Auslese“¹³⁷ von „enthusiastische[n; A.M.] Erzieher[n; A.M.]“, die „alles von fortschreitenden Verbesserungen der Erziehungsmethoden erhofft[en; A.M.]“, betreut¹³⁸ und anscheinend nur selten in Kliniken verlegt.¹³⁹

In den Altersbereich von 10 bis 19 Jahren fällt aus den erhobenen Daten ein etwa gleich großer Anteil an Männern und Frauen (vgl. Anhang, Abbildung 5). Ein Überwiegen der Männer dieses Altersbereichs einmal in den Nachkriegsjahren des Ersten Weltkrieges und wieder ab 1941 dürfte den psychischen Folgen der Kriegsjahre unter jungen Soldaten geschuldet sein. Zwischen 20 und 30 Jahren alt war der größte Teil der aufgenommenen Frauen. Auch schon die Auswertung des Durchschnittsalters verdeutlichte, dass die Frauen bei Aufnahme insgesamt durchgehend jünger waren als die Männer. Schließlich tritt die dem weiblichen Geschlecht am meisten gestellte Diagnose der Schizophrenie (vgl. Diagnoseauswertung) gerade in diesem Lebensabschnitt am häufigsten erstmals auf.¹⁴⁰

¹³⁴ REICHSMINISTERIUM 1922. Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt. Vom 9. Juli 1922. *Reichsgesetzblatt*. Berlin.

¹³⁵ Vgl. Ebda. Aufgerufen über http://www.inklusion-als-menschenrecht.de/data/user/Dokumente/Gesetze/Reichsjugendwohlfahrtsgesetz_1922.pdf (12.11.2016).

¹³⁶ Vgl. LAEHR, H. 1937. Verzeichnis der Anstalten in alphabetischer Ordnung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 106, 1–164. S. 1.

¹³⁷ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 96.

¹³⁸ STUTTE, H. 1947. Über die Nachkommen ehemaliger Fürsorgezöglinge. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 395–415. S. 395.

¹³⁹ Nach den Auszählungen der Angaben unter „Stand und Gewerbe“ an anderer Stelle dieser Arbeit, machten die Fürsorgezöglinge nur 0,1% der aufgenommenen Patienten aus.

¹⁴⁰ Vgl. u.a. HUBER, G. 2005. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer. S. 257.

Oft befinden sich die kranken Frauen noch im Elternhaus, sind nicht verheiratet (vgl. unten) und werden somit vermutlich eher in die Klinik eingewiesen als gleichaltrige Männer, die im Beruf stehen, verheiratet sind und als „Versorger“ funktionieren müssen. Wahrscheinlich findet sich deshalb auch der höchste Anteil der männlichen Aufnahmen im Alter zwischen 30 und 40 Jahren, wenn sie nach eventuell längerer Kompensation von Krankheitssymptomen schließlich als „Verdiener“ versagen. Zwischen 40 und 50 Jahren alt war bei Einweisung – entsprechend der Verteilung des Alters der Allgemeinbevölkerung – ein gleichermaßen hoher Anteil an Männern und Frauen. Im Alter von 50 bis 60 Jahren befanden sich hingegen zunächst mehr aufgenommene Männer. Ab 1941 erhöht sich aber auch der sich in diesem Lebensjahrzehnt befindliche Frauenanteil, unter zunehmenden Diagnosezahlen für Demenz und andere, im „Würzburger Schlüssel“ beschriebene, psychische Erkrankungen des „Rückbildungsalters“. Encephalographisch hätten sich bereits ab dem 40. Lebensjahr „Anzeichen für Altersschwund im Gehirn“ nachweisen lassen können, welche eine Neigung zu abnorm seelischen Reaktionen bedingt hätten.¹⁴¹ Folglich kann die Zunahme der Diagnose „Neuropathie“ ab den vierziger Jahren (vgl. unten) vermutlich ebenfalls in Korrelation mit dem steigenden Anteil an 50 bis 60-jährigen Frauen gesetzt werden. Der niedrige Prozentsatz an älteren Patienten ab 60 Jahren, der offensichtlich der Altersstruktur der Allgemeinbevölkerung entspricht, kann sicherlich auch auf eine des Öfteren durchgeführte, direkte Verweisung an Anstalten zur weiteren Pflege zurück geführt werden.

2.1.3. Aufenthaltsdauer

Im letzten Schritt dieses Kapitels soll nun noch die aus dem Eintritts- und Austrittsdatum errechnete Aufenthaltsdauer näher beleuchtet werden. Dass die aufgenommenen Frauen durchgehend über alle untersuchten Jahre hinweg längere Aufenthalte in der Klinik vorzuweisen hatten als die dazu verglichenen Männer, zeigt sich sowohl in Abbildung 6 bis 7, als auch in Abbildung 8 (vgl. Anhang). Dabei wurden einmal für beide Geschlechter die Tage des Aufenthalts in Perzentilenkurven aufgetragen, wobei in Abbildung 7, zur näheren Veranschaulichung, der Median, also der Verlauf der 50. Perzentile, einzeln heraus gestellt wurde. Abbildung 8 zeichnet, trotz der eingangs skizzierten geringen Aussagekraft, die durchschnittli-

¹⁴¹ REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 175.

che Aufenthaltsdauer ab, um die Zahlen mit anderen ähnlichen Arbeiten, in denen mit Durchschnittswerten gearbeitet wurde, abgleichen zu können.

Die deutlich längere Liegezeit der Frauen scheint zum Ersten daran zu liegen, dass besonders Frauen, die eine in der Weimarer Zeit immer mehr propagierte „ökonomische und soziale Brauchbarkeit“ aufwiesen,¹⁴² in den Kliniken nicht selten als nützliche Arbeitskräfte eingesetzt werden konnten. Daueraufenthalte waren oft auf der Verwertung des Patienten als Arbeitskraft und einer damit verbundenen erhöhten Wirtschaftlichkeit der Einrichtung begründet.¹⁴³ Hingegen wurden schwer „Kranke zu Kostenfaktoren“ und zu dem von Karl Binding geprägten Begriff der „Ballastexistenzen“ degradiert.¹⁴⁴ Schließlich hätte „das Gift der Faulheit“ laut Rieger die schwerwiegendste therapeutische Schwierigkeit dargestellt.¹⁴⁵ Denn geht es nach Heyde, hätte der Verlust der Arbeitsfähigkeit einen ungünstigen Krankheitsverlauf mit der Prognose auf Unheilbarkeit wiedergespiegelt. Deshalb galt ein derartiges Therapieversagen, trotz vielleicht vorausgegangenem, langem Anstaltsaufenthalt, letztendlich als Selektionskriterium der „Aktion T4“.¹⁴⁶

Zur Veranschaulichung soll an dieser Stelle beispielhaft die Krankengeschichte von Frau H. dienen,¹⁴⁷ welche nach mehrmaligen vorausgegangen kürzeren Aufenthalten von 1923 an bis 1945 als übergehend gekennzeichnet war. Bei der Lektüre wird ersichtlich, dass die Patientin „sehr fleißig und gewissenhaft“ im Sinne ihrer „Behandlung“ im Hause des Verwalters gearbeitet hätte und auch „Familienanschluss“ an dessen Familie gehabt zu haben scheint, sodass „man [sie nur; A.M.] sehr selten auf der Station“ gesehen hätte und sie als „unauffäl-

¹⁴² BINDING, K. & HOCHÉ, A. 1922. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess. S. 63.

¹⁴³ Vgl. BEDDIES, T. 2013. "Aktivere Krankenbehandlung" und "Arbeitstherapie". Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallstein-Verlag. S. 268ff.

¹⁴⁴ SCHNEIDER, F. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, P. U. N. 2011. *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung; Gedenkveranstaltung 26. November 2010*, Berlin u.a., Springer. S. 11. Zitiert nach: Binding, K. 1920. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens: Ihr Maß und ihre Form, Leipzig.

¹⁴⁵ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 161.

¹⁴⁶ Vgl. HOHENDORF, G. 2013. Therapieunfähigkeit als Selektionskriterium; Die "Schocktherapie" und die Organisationszentrale der nationalsozialistischen "Euthanasie" in der Berliner Tiergartenstraße 4, 1939–1945. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapie"; Die Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945*. Göttingen: Wallstein Verlag. S. 294ff.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 256.

¹⁴⁷ UAWÜ (Universitätsarchiv Würzburg): Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 26, aufgenommen am 27.3.1923, übergehend bis 1945.

lig“ und zurückhaltend beschrieben wurde. Zwar wurden unter der Diagnose „Idiotie“ ihre „allgemeinen Schulkenntnisse“ als eher „mässig“ beschrieben. Dennoch hätte, laut in der Patientenakte zitierter Aussage von Klinikdirektor Rieger 1924, die Klinik für Frau H. ein „Dauerheim“ dargestellt. Diese besondere Schutzstellung könnte zudem auch auf einer persönlichen Beziehung Riegers zu dem verstorbenen Vater der Patientin, der nach Aktenvermerk Arzt war, basiert haben. Neben der genannten ökonomischen Einsetzbarkeit der Patienten innerhalb der Klinik, bezüglich derer für Frauen mit haushälterischen Tätigkeiten sicherlich ein größerer Bedarf bestand, flossen demzufolge auch persönliche Beziehungen und die Umgänglichkeit der Patienten im klinischen Alltag in die Liegedauer mit ein. Ein weiterer, nicht unerheblicher Aspekt scheint auch die finanzielle Situation der Familie der Patienten gespielt zu haben. So war in einer der zufällig untersuchten Krankenakten von einer vorzeitigen Verlegung des Patienten nach Werneck zu lesen, „da der Vater die Sätze der Klinik nicht bezahlen“ konnte.¹⁴⁸

Zudem dürften auch die bei beiden Geschlechtern unterschiedlich überwiegenden Diagnosen Auswirkungen auf die im Median bei den Frauen deutlich längere Aufenthaltsdauer gehabt haben. Die schon erwähnten häufigen Begutachtungen, vor allem unter den Männern, senken durch kurze Aufenthaltsdauern¹⁴⁹ den Durchschnitt auffallend, wohingegen die unter den Frauen häufigen Diagnosen der Schizophrenie und Depression den Aufenthalt verlängert zu haben scheinen. Auch Beddies konnte vor allem unter den weiblichen Patienten mit diesen Diagnosen ausgesprochen lange Liegezeiten feststellen.¹⁵⁰ In den hier vorliegenden Auswertungen sticht bei den Frauen zum Beispiel das Jahr 1923 mit einer besonders langen Aufenthaltsdauer der 90. Perzentile heraus, wonach 10% der in diesem Jahr Aufgenommenen länger als 257 Tage in der Klinik verblieben (vgl. Anhang, Abb. 6). Neben der bereits erwähnten Schizophrenie und Depression sind mit diesem Jahr häufige Diagnosen wie Paranoia, aber auch Paralyse, Alkohol und Idiotie assoziiert. Gerade letztere war auch unter den Patienten der Wittenauer Heilstätten mit einer übermäßig hohen Liegezeit bis zu durchschnittlich über 1.000 Tagen datiert.¹⁵¹ 1923 und 1925 fallen auch unter den Männern, so-

¹⁴⁸ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 215, aufgenommen am 31.5.1928, entlassen am 3.6.1928.

¹⁴⁹ Die zum Kapitel über Begutachtungen untersuchten elf Patientenakten (vgl. unten) ließen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer für die jeweiligen Patienten von 1,9 Tagen errechnen.

¹⁵⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 258f.

¹⁵¹ Vgl. Ebda. S. 258f.

wohl im Verlauf der 90. Perzentile als auch des Medianes, Ausreißer nach oben auf. Bezüglich der in diesen Jahren bemerkenswert häufig genannten Krankheitsformen, lässt sich darauf schließen, dass, außer den schon genannten Krankheiten aus dem „manisch depressiven Formenkreis“, auch die „Epilepsie“ eine lange stationäre Behandlung bewirkte.

Zur beispielhaften Darstellung des Verlaufs eines relativ lange hospitalisierten, schizophrenen Patienten (10/37–4/38) soll an dieser Stelle kurz die Geschichte von Herrn F. dargestellt werden.¹⁵² Dieser hätte starke „halluzinatorische Erregungszustände“ gezeigt, war also im Gegensatz zu Frau H. keinesfalls gut führbar, wurde aber dennoch ohne arbeitsmäßigen Einsatz fast ein halbes Jahr stationär behalten, vermutlich um die Erfolge einer bei ihm durchgeführten Trionalbehandlung, „die jeweils recht gut ansprach“ und deren „Weglassen“ den Patienten „immer wieder erheblich unruhiger“ machte, zu dokumentieren. Als er laut Ärzten trotz „sehr viel Trional [...] wieder [...] unruhiger“ wurde und somit die Aussicht auf eine Heilung durch diese Behandlungsmöglichkeit¹⁵³ immer unwahrscheinlicher schien, wurde er in die Pflegeanstalt Lohr verlegt. Heil- und Pflegeanstalten wurden demnach regelmäßig genutzt, um als „unheilbar“ geltende bei geringerem Kostenaufwand weiter zu betreuen.¹⁵⁴ In Universitätskliniken blieben die Patienten hingegen in der Regel nur solange, wie therapeutische Erfolgsaussichten bestanden. In Würzburg war die Absonderung „heilbarer und unheilbarer Geisteskranker“ zu diesem Zeitpunkt nichts Neuartiges. Im Juliusspital wurde sogar schon Ende des 18. Jahrhunderts vom Fürstbischof Ludwig von Erthal veranlasst, eine Trennung von Abteilungen für „heilbare und unheilbare Irre“ vorzunehmen.¹⁵⁵

Mit der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer wurde auch der mediane Wert ab Mitte der zwanziger Jahre bei beiden Geschlechtern, wie aus Abbildung 7 und 8 ersichtlich wird, zu-

¹⁵² UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 748, aufgenommen am 21.10.1937, entlassen am 21.4.1938.

¹⁵³ Nach einem Artikel von Nolte über die Anwendung von Schocktherapien bei Schizophrenen in Würzburg, wurde die 1920 vom Schweizer Psychiater Klaesi eingeführte Schlaftherapie mit Barbituraten gerade bei sehr unruhigen Patienten in der Würzburger Klinik angewandt. Trotz der ab etwa 1935 einsetzenden, deutschlandweit durchschlagenden Popularität der „Insulinschocktherapie“ sei diese in Würzburg vergleichsweise selten durchgeführt worden. An der Schlaftherapie wurde hingegen, auch in Kombination mit Bädetherapien oder der häufiger angewandten Metrazol-Schocktherapie, prolongiert festgehalten.

Vgl. NOLTE, K. 2017. "Shock therapies" and Nursing in the Psychiatric Clinic of the University of Würzburg in the 1930s and 1940s. In: NOLTE, KAREN (ed.) *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart: Steiner Verlag.

¹⁵⁴ Vgl. ROTZOLL, M. 2007. Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-"Euthanasie". In: FUCHS, PETRA (ed.) *Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst" Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S.32.

¹⁵⁵ Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 159f.

mindest zunächst tendenziell kürzer. Gleichzeitig verdeutlicht Abbildung 6 mit dem Trend des Abfalls der 90. Perzentile, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, dass auch die Hospitationszeit der 10% an Patienten, deren Liegedauer am längsten war, im Verlauf abnahm. Unter dem von Beddies zitierten, neuen Konzept der „frühen Entlassung“ nach Bleuler, das sich in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg mit dem Ziel einer baldigen Entlassung nach Symptomstabilisierung etablierte, wurden Langlieger immer seltener. Chronisch Kranke, wie zum Beispiel Herr F., sollten dagegen im Sinne der Wirtschaftlichkeit der Klinik in Anstalten weiter versorgt werden.¹⁵⁶

Die bereits mehrfach erwähnten Heil- und Pflegeanstalten entstanden nach Gründung des deutschen Reiches 1871 mit Veränderungen in der Psychiatriepolitik hundertfach in Deutschland.¹⁵⁷ Es arbeiteten dort – insbesondere nach Stellenstreichungen während des Ersten Weltkrieges und der Wirtschaftskrise – nur wenige Ärzte und die Therapieformen beschränkten sich zunächst auf die Beruhigung der Patienten, unter anderem mit Dauerbädern und Dauerfixierungen.¹⁵⁸ Erst in der Weimarer Republik kam mit Durchbruch der „aktiveren Krankenbehandlung“ Hermann Simons, insbesondere im Sinne der Arbeitstherapie, und mit der Einführung der „offenen Fürsorge“, durch die „Heil- und Besserungserfolge“ nach Anstaltsentlassung in von „Fürsorgeärzten“ abgehaltenen Sprechstunden gesichert werden sollten, Bewegung in die Therapieformen.¹⁵⁹ Auch wurde an manchen solcher Anstalten mit Standort in einer deutschsprachigen Universitätsstadt, wie eben in Würzburg am Juliusospital, aber auch in Erlangen, München und Frankfurt, seit Mitte bis Ende des 19. Jahrhunderts begonnen, das Fach Psychiatrie akademisch zu unterrichten.¹⁶⁰ Erst später, gegen Ende des 19. Jahrhunderts, entstanden dann eigene psychiatrische Universitätskliniken der medizinischen

¹⁵⁶ Vgl. BEDDIES, T. 2013. "Aktivere Krankenbehandlung" und "Arbeitstherapie". Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallstein-Verlag. S. 271.

¹⁵⁷ Zwischen 1880 und 1913 wurden 133 öffentliche Anstalten eröffnet.

Vgl. SIEMEN, H.-L. 2012. Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: VON CRANACH, MICHAEL (ed.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 16.

¹⁵⁸ Vgl. Ebda. S. 17.

¹⁵⁹ Vgl. SCHMIEDEBACH, H.-P. & BRINKSCHULTE, E. 2015. Arbeit und Arbeitstherapie – historisch geleitete Assoziation. In: BRINKSCHULTE, EVA & ANKELE, MONIKA (eds.) *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag: Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag. S. 21ff.

Vgl. BLASIUS, D. 1994. *"Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag. S. 136f.

¹⁶⁰ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 295.

Fakultäten. Würzburg, wo laut Konrad Rieger zum Sommersemester 1834 durch Karl Friedrich Marcus am Juliuspspital „zum ersten Male in der Welt psychische Störungen systematisch und methodisch zum Gegenstand des klinischen Unterrichts gemacht“ worden wären,¹⁶¹ nimmt dabei eine Sonderstellung in der Geschichte der Universitätspsychiatrie ein. Ab 1863 wurde mit dem Wechsel der Leitung der psychiatrischen Abteilung des Juliuspsitals durch Franz Rinecker der Unterricht laut dem von Schrappe zitierten Gerhardt dann „fachwissenschaftlich[en], klinisch-schulgemäß[en]“ so ausgebaut, dass das Fach Psychiatrie schließlich offiziell in Würzburg akademisch betrieben werden durfte.¹⁶² Am 1.6.1893 schließlich wurde die „Psychiatrische und Nerven-Klinik der Königl. Universität Würzburg an den Weinhängen des Schalksberg“ unter der Leitung Konrad Riegers eröffnet.¹⁶³ Dieser war davon überzeugt, dass die in Anstalten bis dato praktizierte „Isolierung von unruhigen Patienten“ lediglich zu einer Zustandsverschlechterung führen würde und beharrte deshalb auf eine „intensive[n] Aufsicht“ durch Ärzte, wie es an Universitätskliniken im Verlauf üblich war.¹⁶⁴

Die Betonung der naturwissenschaftlichen Ausrichtung der universitären Psychiatrie drückte sich in Würzburg mit der Erweiterung der Klinik im Rahmen des 1935 fertiggestellten Neubaus um diverse Laboratorien aus. Darin konnte Forschung an den in den dreißiger Jahren aufkommenden „Somatotherapien“, wie Insulinkomatherapie, Cardiazolkrampftherapie oder Lobotomie, durchgeführt werden.¹⁶⁵ Gar als „fruchtbringend“ für das Volk wurde im Nationalsozialismus die wissenschaftliche Laborarbeit deklariert, denn die durch sie bestehende Möglichkeit der „totalen Festlegung des Befundes [...] nach dem Tode“ hätte die „Grundlage des Volksvertrauens zur Wissenschaft“ gebildet.¹⁶⁶ Dagegen hat die zeitaufwendige „Arbeitstherapie nach Hermann Simon“ für die Universitätskliniken immer mehr an Bedeu-

¹⁶¹ Konrad Rieger zitiert nach SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 64.

¹⁶² Ebda. S. 64.

¹⁶³ BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 163.

¹⁶⁴ SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 67.

¹⁶⁵ Vgl. BROCK, C. 2013. Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallenstein Verlag. S. 131ff.

¹⁶⁶ HARTWICH, W. 1937. Das Laboratorium der Heilanstalten ist unerlässlich zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Dienst des Volkes. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 64–75. S. 65.

tung verloren.¹⁶⁷ Es entwickelte sich in Folge im 20. Jahrhundert immer mehr eine sogenannte zwei Klassen Psychiatrie mit einem Auseinanderdriften der Anstalts- und Universitätspsychiatrie heraus.¹⁶⁸ Isolierung, wenig Heilungsperspektive und Pflege¹⁶⁹ mit dem Ziel der Erhaltung der „Arbeitsfähigkeit der Patienten“ auf der Seite der Anstalten¹⁷⁰ standen der Forschung, Lehre, den vielen Ärzten und dem hohen Patientendurchlauf auf der Seite der Universitäten gegenüber.

Gerade Direktor Reichhardt wird in der Literatur immer wieder als „ausschließlich forschender Naturwissenschaftler“ beschrieben,¹⁷¹ der sich zur „Erforschung hirnhysiologischer und psychologischer Vorgänge“ in seine Laboratorien zurückzog und wenig in der Klinik präsent war.¹⁷² Diagnosestellung war seiner Meinung nach „das empirische Ergebnis wissenschaftlicher Forschung im Laboratorium“ und eine „Frage der Kausalität“, weshalb der direkte Patientenkontakt von Reichardt als unnötig angesehen wurde.¹⁷³ Ausgiebig betriebene Hirn- und Therapieforschung könnten ein Grund sein, dass, trotz neuem Entlassungskonzept mit durchschnittlicher Abnahme der Aufenthaltsdauer sowohl die Hospitationszeit der am längsten gelegenen Männer, als auch die mediane Aufenthaltsdauer bei den Frauen vor allem seit Anfang der dreißiger Jahre wieder anstiegen (vgl. Anhang, Abb. 6 und 7). So finden sich zum Beispiel 1933 unter den längsten männlichen Aufhalten besonders häufig Diagnosen wie „traumatische Hirnschädigung“ mit etwaigen Folgezuständen,¹⁷⁴ Paralyse, Alkoholismus und Schizophrenie, die viel Platz für wissenschaftliche Arbeit lassen. Besonders auch nach dem Tod von Patienten sollte immer eine „Nachkontrolle der im Leben bezüglich des Hirns

¹⁶⁷ Vgl. BEDDIES, T. 2013. "Aktivere Krankenbehandlung" und "Arbeitstherapie". Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallstein-Verlag. S. 284.

¹⁶⁸ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 296ff.

¹⁶⁹ Vgl. ROTZOLL, M. 2007. Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-"Euthanasie". In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst" Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 24ff.

¹⁷⁰ RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 47.

¹⁷¹ NEUNER, S. 2011. *Politik und Psychiatrie; Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939*, Göttingen, Vandenhoecke und Ruprecht. S. 98.

¹⁷² Bonhoeffer, K. 1941. *Nervenheilkunde und Berufswahl*. Zitiert nach ebda. S. 98.

¹⁷³ Ebda. S. 98.

¹⁷⁴ Auch bei Beddies Vergleichsdaten zeigte die „traumatische Hirnschädigung“ mit durchschnittlich 655 Tagen Aufenthaltsdauer unter den Männern eine der höchsten Liegezeiten.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 258.

gestellten Diagnose¹⁷⁵ durch eine „nach neuzeitlich hirnwissenschaftlichen Gesichtspunkten vorgenommene Leicheneröffnung“ erfolgen.¹⁷⁶ Ein entsprechender Befundbericht ist bei verstorbenen Patienten regelmäßig in den Patientenakten beigelegt und wird in dieser Arbeit zu einem späteren Punkt einhergehender beleuchtet.

Dass in Würzburg Patienten – entsprechend der Ergebnisse der Studie über die Nervenlinik München zur T4 Aktion – zum etwaigen Schutz vor dem Euthanasie Programm zwischen 1939 und 1941 länger in der Klinik verweilen durften,¹⁷⁷ erscheint dagegen als sehr unwahrscheinlich. Zumal der zum Ende des hier ausgewerteten Zeitraums verzeichnete, erneute Anstieg der medianen Aufenthaltsdauer¹⁷⁸ bei den Frauen erst ab etwa 1941 und bei den Männer sogar erst ab 1943 – also erst nach dem Ende der T4 Aktion – auffallend ins Gewicht fällt. Vielmehr könnte die von den Münchner Studienleiter ebenfalls vermutete Hypothese, über eine nach Kriegszerstörungen verwaltungstechnisch und infrastrukturell erschwerte und damit verzögerte Verlegung in Anstalten,¹⁷⁹ für diesen Trend an der Würzburger Universitätsnervenlinik verantwortlich sein.

Dass also die Durchschnittsliegezeit ab Mitte der zwanziger Jahre aufgrund eines neuen Entlassungskonzeptes deutlich absank, darf nicht verdecken, dass die Werte der 50., 75. und 90. Perzentilenkurve ab den dreißiger Jahren wieder tendenziell anstiegen. Die derart dargestellte, erneute Verlängerung der Aufenthaltsdauer des Teils der Patienten, die insgesamt am längsten in der Klinik verblieben sind, ist in Zusammenschau wahrscheinlich auf eine an der Universitätsklinik ausgiebig betriebene Hirn- und Therapieforschung zurück zu führen.

¹⁷⁵ GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 16.

¹⁷⁶ Zitiert aus einer Vorlesung von Reichardt. Nach: ebda. S. 7.

¹⁷⁷ Vgl. JÄHNEL, D. 2015. Die Nervenlinik München während der "Aktion T4". *Nervenheilkunde*, 4/2015, 285–292. S. 288.

¹⁷⁸ Auch bei Betrachtung des Verlaufs der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer in Tagen, die aufgrund einzelner Ausschläge in der Aussagekraft ihres Betrags sehr kritisch zu betrachten ist und mit der in der Münchener Studie gerechnet wurde, sind in Würzburg nach Beginn der dreißiger Jahre keine größeren Abweichungen im Verlauf mehr zu verzeichnen.

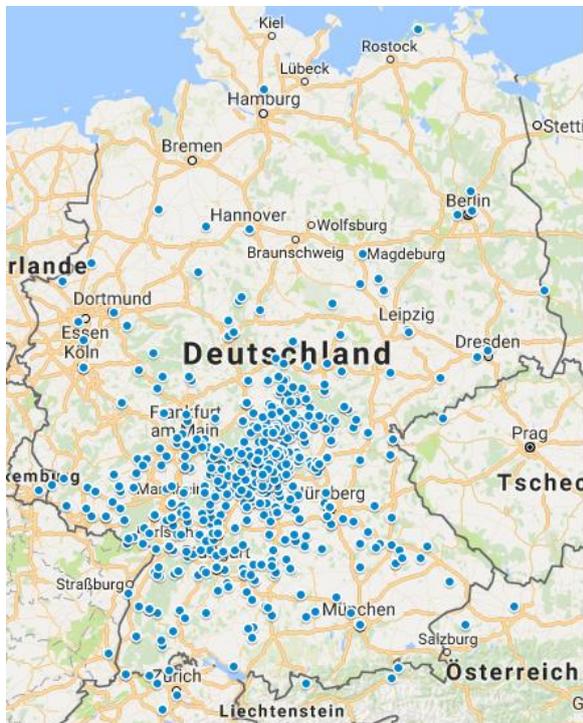
¹⁷⁹ Vgl. JÄHNEL, D. 2015. Die Nervenlinik München während der "Aktion T4". *Nervenheilkunde*, 4/2015, 285–292. S. 291.

2.2. Herkunft der Patienten

Nach genauerer Herausarbeitung der Aufnahmezahlen und der Entwicklung der Liegezeiten der Patienten der Universitätsnervenklinik Würzburg, soll im nun folgenden Gliederungspunkt mittels der Untersuchung der Herkunftsangaben aus den Standbüchern ein geographisches Einzugsgebiet für die Klinik im Lauf des untersuchten Zeitraums erstellt werden. Insbesondere die Bedeutung der Größe des Herkunftsortes für die Einweisungshäufigkeit wird dabei näher herausgearbeitet.

2.2.1. Einzugsgebiet

Natürlich liegt es nahe, dass die meisten aufgenommenen Patienten entweder aus Würzburg selbst oder aus der unmittelbaren Umgebung stammten. Veranschaulicht werden kann dies an den beiden beispielhaft für das Jahr 1937 erstellten Karten, auf denen nach heutiger Grenzzeichnung geschlechtergetrennt die angegebenen Heimorte der Patienten markiert sind.



Markierung der Herkunftsorte der aufgenommenen Männer (links) und Frauen (rechts) des Jahres 1937 (Stand der Grenzen 2017). *Quelle: Google My Maps.*

Doch wie im Speziellen war die Verteilung der Wohnorte und woher stammte die bildmorphologisch nicht unerhebliche Zahl an Patienten, die nicht aus dem direkten Umkreis kamen? Unter Hinzunahme von Abbildung 9 (vgl. Anhang), in der die genaue Auszählung der Aufteilung der Herkunftsorte dargestellt ist, wird ersichtlich, dass Frauen mit 26,1% fast doppelt so häufig direkt aus Würzburg stammten als Männer mit nur 13,3%. Der beim Anblick dieser Zahlen aufkommende Verdacht, dass die weiblichen Patientinnen aus einem näheren Einzugsgebiet in die Klinik aufgenommen wurden als die Männer, wird sich auch unter Hinzuziehung der ebenso in diesem Abschnitt betrachteten Verteilungszahlen verfestigen. In Bezug auf die zeitliche Entwicklung waren insbesondere in den ersten betrachteten Jahren die Anteile derer, die direkt aus Würzburg kamen, überdurchschnittlich hoch,¹⁸⁰ was bei insgesamt deutlich niedrigeren Fallzahlen (besonders 1923) eine damals, wohl vor allem infrastrukturell besonders erschwerte Krankenseinweisung aus dem weiteren Umkreis vermuten lässt. So war entsprechend der Anteil der Patienten aus dem nahe angeschlossenen, die Stadt umgebenden Landkreis Würzburg, der durchschnittlich um die 5% betrug, 1923 und 1925 mit etwa 10 % noch relativ hoch beziffert. Aber auch bei Betrachtung des gesamten Zeitraums stammten die vermerkten Patienten, im Vergleich zur Verteilung der Allgemeinbevölkerung in Mainfranken, häufiger aus Würzburg selbst und dem anliegenden Landkreis als aus den weiter entfernten Gebieten des restlichen Regierungsbezirks.¹⁸¹ Eine dauernd örtlich erleichterte Zugänglichkeit ermöglichte scheinbar den Erkrankten, beziehungsweise deren Angehörigen, eine rasche Aufnahme in die 1893 eröffnete, am Schalksberge gelegene Universitätsklinik. So sind nicht selten bei aufeinanderfolgenden Aufnahmen in den Standbüchern identische Herkunftsdörfer vermerkt, was auf ein gesammeltes Verbringen erkrankter Ortsansässiger in die weiter entfernte, städtische Klinik schließen lässt.

Trotz dem vergleichsweise zur Allgemeinheit niedrigen Prozentsatz, waren mit 37,2% Anteil die meisten Herkunftsangaben einem Gebiet Mainfrankens außerhalb des Raums Würzburg zuzuordnen, wobei wiederum die Frauen darunter mit 39,8% höher vertreten waren als die Männer mit 36,4%. Dabei zählte auch der Männeranteil aus den umgebenden mainfränki-

¹⁸⁰ 1921: Frauen 29,4%; Männer 15% 1923: Frauen 34%; Männer 29,4% 1925: Frauen 31,3%; Männer 19,9%.

¹⁸¹ Die Patienten aus Mainfranken stammten zu 31,5% aus der Stadt Würzburg, zu 8,7% aus dem Landkreis Würzburg und zu 59,8% aus den restlichen Gebieten Mainfrankens.

Hingegen stammte, nach den Einwohnerzahlen von 1939 errechnet, die Allgemeinbevölkerung Mainfrankens nur zu 13,0 % direkt aus der Stadt Würzburg und zu 6,3% aus dem angrenzenden Landkreis, und mit 80,7% über 20% häufiger als die aufgenommenen Patienten aus den weiter entfernten Gebieten Mainfrankens. Diese Vergleichszahlen wurden errechnet aus den Angaben in: REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.

schen Gebieten über die ersten miteinbezogenen Jahre noch rund 40%, ab 1925/27 aber nahm der Gesamtanteil der aus Würzburg und Mainfranken stammenden Männern ab und gleichzeitig der Anteil der aus weiterer Umgebung stammenden zu. So waren beispielsweise 1927 rund ein Fünftel aller Männeraufnahmen aus Thüringen und dem, bis 1944 zur Provinz Sachsen gehörenden, Regierungsbezirk Erfurt, wohingegen die Jahre zuvor dieser Anteil weit unter 5% lag. Mit insgesamt 6,4% bezifferte sich außerdem der männliche Anteil der aus der Provinz Hessen-Nassau Stammenden, der durchschnittlich bei 3,4% lag, besonders hoch. Dass gerade in jenem Jahr so viele Männer aus einem weiteren Umkreis nach Würzburg gelangten, ist sicherlich größtenteils den, schon mehrmals erwähnten, zahlreichen Begutachtungen durch Reichhardt, dem damals absoluten Spezialisten auf diesem Fachgebiet, zuzuschreiben.

Ähnlich dem von Schrappe anlässlich des 90. Jahrestags der Eröffnung der Psychiatrischen Klinik 1985 beschriebenen Einzugsgebiet von „Südhessen, Nordbaden, Mittelfranken und Oberpfalz“,¹⁸² scheint die Würzburger Universitätsnervenklinik auch schon für den untersuchten Zeitraum die psychiatrische Versorgung des nahezu kompletten mitteleutschen Raumes übernommen zu haben. Neben dem gutachterlichen Schwerpunkt mussten noch weitere Gründe bestanden haben, die die Patienten in die unterfränkische Klinik gezogen haben. So gründete die Würzburger Klinik zum Beispiel als erstes Akutkrankenhaus im süd- und mitteleutschen Raum eine sogenannte Wachabteilung für Unruhige und verzichtete somit, wie schon erwähnt, auf Riegers Bestreben hin, bewusst auf die anderswo noch regelmäßig angewandte Isolierung der Patienten auf „Tob-Abteilungen“.¹⁸³ Vermutlich konnte sich die Klinik, zusätzlich zu den zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen, dadurch einen guten Ruf verschaffen.

Aus dem angrenzenden Ober- und Mittelfranken konnte immerhin noch ein Patientenanteil von 8,3% und aus den Gebieten des restlichen Bayerns von weiteren 5,4% gezählt werden. Entsprechend der oben beschriebenen Herkunftsverteilung nach Schrappe, stammten nach den vorliegenden bayerischen Herkunftsangaben aus den Standbüchern außerdem auffallend viele Erkrankte, neben Franken, aus der Oberpfalz und der damals zu Bayern gehören-

¹⁸² SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 71.

¹⁸³ Vgl. Ebda. S. 65ff.

den Pfalz. Und auch Nordbaden ist in der hier vorgenommenen Auswertung mit 3,7% aus dem Regierungsbezirk Karlsruhe (4,8% aus Gesamtbaden) stammenden Patienten relativ hoch beziffert. Noch höher ist mit 5,8% der Anteil derer, die aus dem Land Württemberg nach Mainfranken zur Klinikaufnahme angereist sind. 1935 konnte insgesamt sogar 15,8% der Männer- und 8,9% der Frauenaufnahmen eine Herkunft aus diesem Nachbarland zugeschrieben werden.¹⁸⁴ Abbildung 10 (vgl. Anhang) veranschaulicht in diesem Zusammenhang die prozentuale Verteilung der den Herkunftsangaben zugeordneten Länder im Einzugsraum der Würzburger Klinik.

In Bezug auf dieses weite Einzugsgebiet kommt die Frage auf, wo im umgebenden Raum Würzburgs vergleichbare psychiatrische Universitätskliniken zu finden gewesen wären. Gerade die hohen Zahlen an Patienten aus Mittel- und Oberfranken und der nördlichen Oberpfalz erscheinen verwunderlich in Anbetracht der Tatsache über die Existenz einer universitätseigenen „Psychiatrischen und Nervenlinik“ in Erlangen seit 1903. Ähnlich der an anderer Stelle beschriebenen Entwicklung der Psychiatrie in Würzburg, wurde in der 1846 gegründeten „Kreisirrenanstalt Erlangen“ nach Berufung von Karl August von Solbrig zum Honorarprofessor begonnen das Fach Psychiatrie akademisch zu betreiben. Zwar wurde 1903 mit der Gründung der Psychischen Universitätsklinik eine Trennung des Direktorats der Anstalt und der Professur der Universitätsklinik vollzogen, doch blieb dem ersten ordentlich berufenen Professor Specht und seinen Nachfolgern aus finanziellen Gründen bis 1963 eine bauliche Trennung von der Anstalt verwehrt. Beide in ihrer Intention medizinisch stark abweichenden Einrichtungen wurden also weiterhin unter einem Dach betrieben. Geforscht werden konnte durch die enge Verbindung zur Anstalt nur stark eingeschränkt und die räumliche Assoziation der Universitätsklinik mit der in der Bevölkerung eher negativ behafteten „Irrenanstalt“ hätte nach Wittern-Sterzel eine abschreckende Wirkung auf potentielle Patienten gehabt.¹⁸⁵ Patienten, die dann vielleicht eher das weiter entfernte Würzburg bevorzugten. Eine zweite, ebenfalls in das Würzburger Einzugsgebiet fallende Klinik, war die Universitätsklinik Frankfurt. Auch hier wurde das Fach Psychiatrie primär an der 1864 gegründeten „Anstalt für Irre

¹⁸⁴ Unter Hinzunahme von Abbildung 9 wird wiederum ersichtlich, dass bei allen angesprochenen Regionen der durchschnittliche Anteil an Männer jeweils deutlich höher war. Die These über das breitere Herkunftsgebiet der männlichen Patienten wird damit also erneut bestätigt.

¹⁸⁵ Vgl. WITTEN-STERZEL, R. 2016. Die Psychiatrie – der lange Weg zur Selbstständigkeit. In: LEVEN, KARL-HEINZ (ed.) *200 Jahre Universitätsklinikum Erlangen 1815–2015*. Köln u.a.: Böhlau Verlag. S. 130ff. Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 295f.

und Epileptische“ akademisch unterrichtet, bevor 1914 die universitätseigene „Klinik für Gemüts- und Nervenranke“ als Neubau errichtet wurde.¹⁸⁶ Entsprechend kamen, trotz vergleichsweise nicht allzu weiter Entfernung zu Mainfranken, aus Hessen insgesamt nur 1,1% und aus Hessen-Nassau nur 2,6% der in Würzburg zum betrachteten Zeitraum aufgenommenen Patienten.

Einen weiteren Ansatzpunkt zur Erklärung des breiten Einzugsradius der Würzburger Klinik liefert möglicherweise Schrappe in seinem Artikel von 1985, in dem er das Hauptklientel der Universitätsklinik als sogenannte Problempatienten beschreibt, welche zuvor schon in anderen, oftmals für Sie heimatnäheren Einrichtungen betreut und erst nach dort ausgebliebenen Behandlungserfolg an die Universitätsklinik weiter verwiesen wurden.¹⁸⁷ In einer diesbezüglich stichprobenartig durchgeführten Durchsicht von neun Patientenakten, konnte diese Behauptung für die Patienten aus dem untersuchten Zeitraum nur bedingt bestätigt werden.¹⁸⁸ In sechs Fällen wurde, entweder durch direkte Angabe auf dem Deckblatt oder beim Durcharbeiten der Krankengeschichte, ersichtlich, dass sich der Patient in Würzburg erstmalig in psychiatrische Behandlung begeben hatte. Teilweise kamen diese Patienten eigenständig in die Klinik, mehrheitlich aber in Begleitung von Sanitätern auf Einweisung der Angehörigen oder der Polizei hin. Einmal lag der Akte eine Einweisung des Hausarztes bei, der nach jahrelanger Betreuung der Alkoholsucht seines Patienten G. K. bei akuter Zustandsverschlechterung schließlich die Krankenhausaufnahme veranlasste.¹⁸⁹ Aus zwei der übrigen drei Patientenakten kann gelesen werden, dass sich die Aufgenommenen vorab in Behandlung im Juliusspital befunden hätten, wie im Fall von Frau V., die bei einer beschriebenen Herzinsuffizienz während ihres stationären Aufenthaltes „unruhig“ geworden wäre und deshalb in die

¹⁸⁶ Vgl. FRANKFURT, U. *Geschichte der Frankfurter Universitätsmedizin* [Online]. Available: http://www.kgu.de/klinikum-a-z/g/geschichte-der-frankfurter-universitaetsmedizin/geschichte-der-frankfurter-universitaetsmedizin.html#top_of_site [Accessed 6.12.2016].

¹⁸⁷ Vgl. SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatriehistorisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 71.

¹⁸⁸ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 214, aufgenommen am 30.5.1928, entlassen am 31.5.1928. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 748, aufgenommen am 21.10.1937, entlassen am 21.4.1938. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 36, aufgenommen am 4.2.1939, gestorben am 7.2.1939. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 48, aufgenommen am 18.5.1931, entlassen am 6.6.1931. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 132, aufgenommen am 26.5.1936, entlassen am 29.5.1936.

¹⁸⁹ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 80, aufgenommen am 7.5.1925, entlassen am 10.5.1925.

psychiatrische Klinik verlegt wurde.¹⁹⁰ Nur in einer der derart untersuchten Krankengeschichten konnte eine lange psychiatrische Vorgeschichte nachvollzogen werden. Frau M. H. hatte bereits mehrere Aufenthalte in der Heil- und Pflegeanstalt Lohr und Hohe Mark hinter sich, bevor sie 1942 – bereits sterilisiert – das erste Mal¹⁹¹ in Würzburg wegen Schizophrenie aufgenommen wurde. Danach sollte sie zur weiteren Pflege nach Lohr verlegt werden, von wo aus die Patientin nach Entlassung nochmal mehrmals in Würzburg eingewiesen wurde. Insgesamt betrachtet scheinen die Würzburger Patienten zwischen 1919 und 1945 anhand der Stichprobe also häufiger ohne psychiatrische Vorbehandlung direkt in die Klinik aufgenommen worden zu sein. Eine lange Krankheitsgeschichte könnte den Eindruck einer „Unheilbarkeit“ vermittelt haben, die den Patienten für die wissenschaftlich betonte Universitätsklinik eher uninteressant erscheinen lassen haben könnte.

In Gebieten außerhalb Süd- und Mitteldeutschlands wohnte ein in der Zahl vernachlässigbarer Teil der Aufnahmen, mit Ausnahme des Jahres 1943, wo 7,6% der Frauen und 6,1% der Männer aus einem weiter entfernten, nicht näher kategorisierten, deutschen Ort stammend in der Klinik aufgenommen wurden. Relativ häufig wurden dabei Gebiete des noch recht nahe gelegenen Saarlandes und Sachsens als Herkunftsort genannt. Zudem sind in jenem Jahr mit 1,2% unter den Frauen und 1,7% unter den Männern vergleichsweise oft damals deutsch besetzte Gebiete unter den Herkunftsangaben vermerkt. Der in den Auszählungen von 1941 und 1943 gleichzeitig überdurchschnittlich hohe Prozentsatz „ungelernter Arbeiter“ mit über 20% unter den Männern und rund 15% unter den Frauen (vgl. unten), könnte in Zusammenschau vermuten lassen, dass unter den von außerhalb des Einzugsgebiet stammenden Patienten ein hoher Teil an Zwangsarbeitern zu finden war, nachdem deren Belegschaftsanteil in manchen Werksabteilungen gegen Kriegsende sogar um die 60% betragen haben soll.¹⁹² Außerdem seien nach Siemen diese bis 1944 nachweislich in bayrischen Heil- und Pflegeanstalten Behandlungen unterzogen worden, um in erster Linie – laut eines Schreibens des Reichsministeriums vom 06.09.1944 – eine „möglichst rasche Wiederherstel-

¹⁹⁰ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 260, aufgenommen am 11.8.1942, entlassen am 25.8.1942.

¹⁹¹ Es folgten noch sechs weitere Aufnahmen in der Universitätsklinik Würzburg.

Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 83, aufgenommen am 21.3.1942, entlassen am 13.5.1942.

¹⁹² Vgl. *Die nationalsozialistische Zwangsarbeit – Hintergrundinformationen* [Online]. Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft". Available: <http://www.zwangsarbeit-archiv.de> [Accessed 6.12.2016].

lung der Arbeitsfähigkeit“ zu erreichen.¹⁹³ An der Würzburger Universitätsklinik waren allerdings in 1940er Jahren insgesamt nur 32 Zwangsarbeiter aus Polen aufgenommen worden.¹⁹⁴

2.2.2. Größe des Herkunftsortes

Mittels der Auszählung der Ortsgröße unter den Herkunftsangaben – beschränkt auf das Gebiet Mainfrankens – sollten folgende, in der Vergleichsliteratur aufkommende Zusammenhänge auf ihre Gültigkeit für das Würzburger Patientenkontingent überprüft werden. Zum Ersten hat Fuchs in ihren Untersuchungen zu den Krankenmorden eine positive Korrelation zwischen dem sozialen Zusammenhalt innerhalb eines kleinen Dorfes und einer daraus resultierenden, verringerten Wahrscheinlichkeit Euthanasieopfer zu werden festgestellt.¹⁹⁵ Des Weiteren ist die Frage zu klären, ob das Leben in der Stadt das Risiko für eine psychische Krankheit oder eine Klinikeinweisung generell erhöht hat, beziehungsweise ob bestimmte Krankheiten bevorzugt der ländlichen oder städtischen Bevölkerung zugeschrieben werden konnten.

Wie Abbildung 11 (vgl. Anhang) veranschaulicht, kamen aus Dörfern mit weniger als 500 Einwohnern insgesamt 13,4% der aufgenommenen Patienten. Hierbei waren die Frauen durchschnittlich etwas häufiger dieser Kategorie zuzuordnen. Eine von wenigen Ausnahmen bildete wiederum das begutachtungsreiche Jahr 1927 mit einem Anteil von 19,6% an Männern, die aus einem derart kleinen Dorf stammten. Folglich scheinen die mit Begutachtungen verbundenen, traumatischen Unfallereignisse (vgl. unten) besonders häufig die Landbevölkerung betroffen zu haben, da diese häufig in unfallgefährdeten Berufen, wie dem des Bauern (1927 15,6%) oder des ungelerten Arbeiters (1927 21%), arbeitete.

Zum Vergleich der hier vorliegenden Auswertungsergebnisse mit der Allgemeinbevölkerung, wurde für diese Arbeit, anhand von Einwohnerstatistiken, die allgemeine Verteilung der Be-

¹⁹³ SIEMEN, H.-L. 2012. Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: VON CRANACH, MICHAEL (ed.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 454.

¹⁹⁴ Vgl. NOLTE, K. *Andrzej Rostecki* [Online]. Würzburg: Maintraining. Available: http://www.stolpersteine-wuerzburg.de/wer_opfer_lang.php?quelle=wer_opfer.php&opferid=660&filter= [Accessed 30.10.2017].

¹⁹⁵ Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 56.

völkerung in Mainfranken nach der Herkunftsortsgröße zum Auswertungszeitraum berechnet.¹⁹⁶ Demnach war mit einem Anteil an 18,8% an Dorfbewohnern (mit einer Ortsgröße < 500 Einwohnern) in der Vergleichspopulation der Prozentsatz an untersuchten Patienten aus Orten dieser Größe (13,4%) eindeutig geringer. Dasselbe gilt für eine Größe mit mehr als 500, aber weniger als 5.000 Einwohnern. Mit 44,5% Anteil stammten aus einem derart großen Dorf unter den vermerkten Aufnahmen 12% weniger als unter der Durchschnittsbevölkerung. Diese Zahlen unterstützen die eingangs erwähnte Annahme von Fuchs über eine möglicherweise schützende Funktion des dörflichen Zusammenhaltes, welcher eine verzögerte oder sogar ausbleibende Anstaltseinweisung bei einer psychischen oder neurologischen Erkrankung bewirken könnte. In einer ländlichen Gemeinschaft, in der die Sozialstruktur oftmals enger ist und die gegenseitige Unterstützung einen hohen Stellenwert hat, wurde die Erkrankung eines Bewohners – vermutlich im Wissen der widrigen Zustände innerhalb der Anstalten und später der Maßnahmen nach dem Erbgesundheitsgesetzes – durch die Gemeinschaft wahrscheinlich eher mitgetragen und kompensiert. Zusätzlich scheint dabei aber auch, wie bereits erwähnt, die örtliche Entfernung zur Klinik eine bedeutende Rolle gespielt zu haben. Zwar kamen mit knapp 60% Patienten rund 10% weniger als in der Allgemeinbevölkerung aus dem überwiegend ländlich geprägten mainfränkischen Umland, aber stammten mit 8,7% der Aufnahmen mehr aus den Dörfern des Landkreises Würzburg als mit nur 6,3% die allgemeine Vergleichsbevölkerung des Landkreises. Demnach wurden – trotz ländlicher Gemeinschaft – Erkrankte eines Dorfes bei vorhandener, leichter örtlicher Zugänglichkeit zu einer spezialisierten Klinik vermutlich bevorzugt in medizinische Fachbehandlung gegeben.

Entsprechend war auch Gallus der Meinung, dass unter anderem aufgrund der „Leichtigkeit der Anstaltseinweisung“ insgesamt mehr „Geisteskranke“ aus der Großstadt kommen würden.¹⁹⁷ Tatsächlich waren bei den vorgenommenen Auszählungen mit 29,8% der Patienten vergleichsweise deutlich mehr aus einer Großstadt (> 50.000 Einwohner)¹⁹⁸ als mit 12,3% die

¹⁹⁶ Vgl. REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.

Aus den Einwohnerzahlen des Gemeindeverzeichnis für Mainfranken wurde für diese Arbeit errechnet: < 500: 18,8%; > 500: 54,5%; > 5.000: 3,5%; > 20.000: 10,9%; > 50.000: 12,3%.

¹⁹⁷ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 95.

¹⁹⁸ Dem Kriterium über mehr als 50.000 Einwohnern entsprach damals innerhalb des ausgewerteten Gebietes nur Würzburg.

Allgemeinheit. Die kleineren Städte¹⁹⁹ waren hingegen als Wohnort der aufgenommenen Patienten – auch bei fehlendem, ländlichem Zusammenhalt, vermutlich primär aufgrund der weiteren Entfernung zur Klinik – mit 3,8% und 8,5% insgesamt etwas geringer als in der Vergleichsbevölkerung präsentiert.²⁰⁰

Laut Gallus sei eine „andere Lebensweise“ in der Großstadt für ein besonders hohes Patientenaufkommen aus bevölkerungsreichen Gebieten verantwortlich gewesen. Eine „andersartige Zusammensetzung der Bevölkerung“ und mit dem Landleben verschiedene Lebensverhältnisse hätten bestimmte Krankheitsbilder wie „Alkohol[sucht; A.M.] und Syphilis“ begünstigt.²⁰¹ Um derartige Vermutungen anhand der Daten der Standbücher prüfen zu können, wurde Abbildung 12 (vgl. Anhang) erstellt, in der für bestimmte Diagnosegruppen die Verteilung der Herkunftsortsgröße vorgenommen wurde. Gemäß Gallus Behauptung war auch bei vorliegender Auswertung der Anteil der aus Würzburg stammenden, chronisch Alkoholkranken mit 48,5% im Vergleich zum Durchschnitt (29,8%) massiv höher. Sicherlich waren, neben dem besser ausgebauten Einzelhandel und der höheren Anonymität, daran auch die stärkeren Auswirkungen des Umbruchs der Lebensverhältnisse im Rahmen der fortschreitenden Industrialisierung der Städte beteiligt. Außerdem bedingten die stark vom Landleben abweichenden Lebensbedingungen in der Stadt mit einem dichteren Zusammenleben ein allgemein erhöhtes Infektionsrisiko, unter anderem von Geschlechtskrankheiten. So waren auch progressive Paralytiker, die zu 19,1% aus einer mittelgroßen Stadt²⁰² und zu 37,3% aus einer Großstadt stammten, erwartungsgemäß deutlich überdurchschnittlich der städtischen Bevölkerung zu zuschreiben. Ebenso lebten auch Erkrankte der zahlreich gestellten Diagnose der Schizophrenie, im Vergleich zu allen Aufnahmen, mit 34,7% häufiger in Würzburg. Ähnlich wie bei der Psychopathie, deren Erkrankte zu 34,6% direkt aus Würzburg kamen, scheint der Alltag einer Großstadt mit seinen multifaktoriellen, exogenen Einflüssen einen negativen Effekt auf die Krankheitsentstehung gehabt zu haben. Schließlich sind, trotz der heutigen Erkenntnis über eine hohe Erblichkeit der Schizophrenie, auch „soziale und psychodynamische, fördernde und störende Mit- und Umweltfaktoren“ an der multifaktoriellen Genese

¹⁹⁹ Städte mit 5.000 bis 20.000 Einwohner und 20.000 bis 50.000 Einwohnern.

²⁰⁰ Entsprechend oben genannter Berechnungen für die Allgemeinbevölkerung Mainfrankens stammten 3,5% aus einer Stadt < 20.000 Einwohnern und 10,9% aus einer Stadt mit 20.000 bis 50.000 Einwohnern.

²⁰¹ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 95.

²⁰² Mit weniger als 50.000 aber mehr als 20.000 Einwohnern.

beteiligt.²⁰³ Selbst damals überzeugte Erbbiologen waren sich einig, dass die erbliche Anlage zur Krankheit Schizophrenie unter der Wirkung der Umwelt Manifestationsschwankungen aufweisen würde und damit nicht jeder mit der entsprechenden Genanlage auch tatsächlich eine schizophrene Psychose bekommen würde. Besonders eine nicht balancierte Sexualität und in der Stadt häufige Infektionskrankheiten hätten dabei nach damaliger Ansicht eine krankheitsfördernde Funktion gehabt.²⁰⁴ Die für die Entstehung der Psychopathie unter anderem verantwortlich gemachte, vor allem in der Stadt vollzogene „Fremddurchmischung in unserem Volke“ von „Rassen, die in psychischer Hinsicht stark differier[t; A.M.]en“, mit resultierenden „Diskrepanzen im Charakteraufbau“, stellt ein rassenideologisches Konzept jener Zeit dar.²⁰⁵ Dennoch greift diese Hypothese den seit jeher bestehenden Einfluss des Stadtlebens auf die Persönlichkeitsentwicklung auf. Schon in der Antike galten zivilisatorische Fortschritte in Kultur und Zivilisation, insbesondere im Rahmen der Verstädterung, als Ursache von Neurasthenie und der lange dazu synonym verwendeten, nach Reichardt zur Psychopathie zählenden Nervosität (vgl. unten).²⁰⁶

Dass „Schwachsinnige“ auf dem Land öfters zu finden gewesen seien,²⁰⁷ lässt sich unter Hinzunahme von Abbildung 12 (vgl. Anhang), die unter den Aufnahmen mit der Diagnose „Schwachsinn“ einen Anteil von 20,5% an Dorfbewohnern eines Ortes mit weniger als 500 Einwohnern im Vergleich zu durchschnittlichen 13,4% angibt, gleichermaßen bestätigen.²⁰⁸ Neben der im Untersuchungszeitraum besonders betonten „erblichen Belastung“ als Ursache einer Intelligenzminderung, zählten auch Frühgeburten und Geburtstraumata mit ihren

²⁰³ HUBER, G. 2005. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer. S. 255.

²⁰⁴ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 838ff.

²⁰⁵ PANSE, F. 1939. Die Erbpathologie der Psychopathien. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Julius Springer Verlag. S. 1116 und S. 1109.

²⁰⁶ Vgl. GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 94 und S. 108.

Vgl. FISCHER-HOMBERGER, E. 2010. Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: BERGENGRUEN, MAXIMILIAN U.A. (ed.) *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur*. Freiburg: Rombach Verlag. S. 23.

²⁰⁷ Vgl. STRECKER, H. 1932. Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 98, 769–786. S. 786.

²⁰⁸ Es bewohnten von den zu vergleichenden Gesamtaufnahmen nur 13,4% und von der mainfränkischen Allgemeinbevölkerung nur 18,8% ein derart großes Dorf.

Folgeentwicklungen zu anerkannten, ätiologischen Pathologien.²⁰⁹ Letztere kamen auf dem Land bei fehlender, direkter gynäkologischer und pädiatrischer Anbindung vermutlich vermehrt vor.

Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises und andere depressive Reaktionen fanden sich, im Vergleich zu allen Patienten, mit etwa 50% vermehrt bei Aufgenommenen, deren Herkunftsangabe einer Gemeinde mit weniger als 5.000 Einwohnern entsprach. Die mit dem Landleben verbundenen eingeschränkten Möglichkeiten an Aktivitäten und sozialen Kontaktneubildung bei vielleicht gleichzeitig fehlender, stützender dörflicher Integration könnten als exogener Faktor einen Krankheitsausbruch und -verlauf beeinflusst haben. Zwar waren sich in der zeitgenössischen Literatur Fachkundige einig, dass manisch-depressive Erkrankungen primär endogen bedingt sind und äußere Lebensumstände einen bedeutungslos geringen Einfluss hätten,²¹⁰ doch werden heute psychosoziale Auslösefaktoren angenommen, die bei vererbter Krankheitsvulnerabilität zur Krankheitssymptomatik führen können. So können bei vorhandener Fehlfunktion des serotonergen Systems im Gehirn belastende Lebenssituationen oft weniger gut bewältigt werden und die abwärts gerichtete Spirale nach der Verstärker-Verlust Theorie von Lewinsohn kann sich immer weiter fortsetzen.²¹¹

Und auch die aufgenommenen, primär neurologisch Erkrankten stammten mehrheitlich aus Ortschaften mit weniger als 5.000 Einwohnern. Einmal mag das daran liegen, dass unter den neurologischen Krankheiten auch Hirnerschütterungen gezählt sind, die als Unfallfolgen, wie bereits erwähnt, mehrheitlich die Landbevölkerung betrafen. Außerdem stellte die Würzburger „Psychiatrische und Nervenlinik“ insbesondere seit dem Wechsel der Klinikleitung durch Reichardt eine wissenschaftliche Einrichtung mit besonderer Betonung des neurologischen Fachgebiets dar (vgl. unten). Dementsprechend könnten die Erkrankten und deren Angehörigen in die Therapie der Universitätsklinik große Hoffnung gesetzt haben, sodass sie wohl auch einen weiteren Weg aus dem umliegenden Gebiet dafür auf sich genommen haben.

²⁰⁹ Vgl. BRUGGER, C. 1939. Die Vererbung des Schwachsinn. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Basel: Verlag von Julius Springer. S. 705.

²¹⁰ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 487f.

²¹¹ Vgl. DEISENHAMMER, E. & HAUSMANN, A. 2012. Affektive Störungen. In: FLEISCHHACKER, WOLFGANG U.A. (ed.) *Lehrbuch Psychiatrie*. Wien: Springer Verlag. S. 15f.

Vgl. DOMSCHKE, K. 2015. Depression II. *Vorlesung der Psychiatrie SS 2015*. Würzburg; Hörsaal Psychiatrie.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die psychiatrische Klinik in Würzburg für den betrachteten Zeitraum ein den gesamten mitteldeutschen Raum umfassendes Einzugsgebiet aufzuweisen hatte, wobei die Männer, insbesondere die zu begutachtenden, tendenziell von weiter entfernt nach Würzburg kamen. Insgesamt stammten die Patienten, wahrscheinlich vor allem wegen der leichteren infrastrukturellen Zugänglichkeit und der besonderen Herausforderungen des Großstadtlebens, überdurchschnittlich häufig direkt aus Würzburg. Hingegen waren Bewohner dörflicher Herkunftsorte, vermutlich auch wegen des dort herrschenden, besseren sozialen Zusammenhaltes seltener vertreten.

2.3. Stand und Gewerbe der Patienten

Wie im einführenden Kapitel der Methodik beschrieben, wurden die Berufsangaben der aufgenommenen Patienten in Anlehnung an das Berufsgruppenkategorisierungssystem von Kaelble und Federspiel hinsichtlich „Stand und Gewerbe“ kategorisiert und ausgezählt. Die Ergebnisse dieser Datenerhebung sollen im Folgenden nun vorgestellt und in Bezug auf ihre Besonderheiten speziell für die Würzburger Patienten untersucht werden.

Eine bei der Lektüre von Vergleichsarbeiten immer wieder aufkommende und im Volksmund vertretene These ist die Annahme, dass psychisch Erkrankte Personen häufiger der Unterschicht angehören würden als der Durchschnitt.²¹² Zum besseren Verständnis der Untersuchungen sollten Abbildung 13 und 14 (vgl. Anhang), die die Verteilung der Angaben über den Beruf der Würzburger Patienten in Bezug auf die „soziale Schicht“ und die „Stellung im Beruf“ widerspiegeln, zur Hand genommen werden. Beim Vergleich der hier gewonnen Zahlen, mit einer berechneten Patientenzugehörigkeit von knapp 60% zur Unterschicht, rund 30% zur Mittelschicht und 2,4% zur Oberschicht, mit den von Kaelble und Federspiel erhobenen Werten lässt sich diese Vermutung nicht bestätigen.²¹³ Im Gegenteil, mit etwa 77,5% Unter-

²¹² Vgl. u.a. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 340.

Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. Göttingen: Wallstein. S. 53ff.

²¹³ Geschlechterspezifische Verteilung: Frauen: 46,8% Unterschicht; 33,7% Mittelschicht; 2,4% Oberschicht.

Männer: 65,5% Unterschicht; 28,9% Mittelschicht; 2,4% Oberschicht.

Nach dem Rausrechnen sämtlicher nicht schichtspezifischer Angaben: Unterschicht 64,7%; Mittelschicht 32,7%; Oberschicht 2,6%.

schicht, 22 % Mittelschicht und weniger als 1% Oberschicht, lag die soziale Verteilung in Berlin 1933–1935 sogar deutlich niedriger gestuft als die der hier untersuchten Aufgenommenen.²¹⁴ Entsprechend bezeichnete Rieger im Vorwort der Festschrift zum 50-jährigen Bestehen der Heil- und Pflegeanstalten Werneck die neue Psychiatrische Klinik Würzburg als Einrichtung „zur Aufnahme von Kranken höherer Stände“, die vor allem „zur Behandlung von Alkoholismus, Morphinismus [...] und den übrigen -ismen der modernen Medizin“ dienen sollte.²¹⁵ Mit insgesamt 1,4% Alkoholismus und 0,3% Anteil anderer Süchte nach dem Würzburger Schlüssel scheint diese Art von Erkrankungen im Würzburger Klinikalltag – zumindest für den betrachteten Zeitraum – aber letztendlich eine geringe Bedeutung gehabt zu haben.

An dieser Stelle sei allerdings noch einmal zu erwähnen, dass der Vergleich der sozialen Schichtung der Großstadt Berlin mit dem ländlich geprägten Umkreis Würzburgs natürlich nur eingeschränkt möglich ist.²¹⁶ So spielte beispielsweise die hier mit 13,3% gepunktete Gruppe der „Bauern“ – die wie bereits erläutert, gesamt zur Mittelschicht gezählt wurde, obwohl ein Teil als „Kleinbauer“ eigentlich zur Unterschicht gehört hätte – in Berlin erwartungsgemäß kaum eine Rolle. Dass 20,9% der in den Standbüchern vermerkten Berufe eine Selbständigkeit nachvollziehen ließen, lag vor allem am hohen Anteil an Landwirten. Außerdem fiel der im Patientenkollektiv gezählte Prozentsatz der „angelernten Arbeiter“ mit 7,6% deutlich geringer aus als der von etwa 20% in der fabrikreichen Großstadt Berlin. Hingegen ist der Anteil der restlichen, „ungelernten“ Arbeiterschaft in Würzburg mit insgesamt 23% (1,5% Landarbeiter, 4 % Hausangestellte, 1,1 % Tagelöhner und 16,4 % nicht näher differenzierte Arbeiter) wiederum höher als in Berlin. Mit einem Viertel bis zu einem Drittel der Aufnahmen bleibt der Teil der „Arbeiter“ dabei im betrachteten Zeitraum relativ konstant vertreten. Der zur oberen Unterschicht gehörende, gerade unter den Männern dominierende Prozentsatz der Handwerker ist mit 24,4% (9,9% Frauen und 30,5% Männer) unter den Würzburger Patienten ähnlich hoch wie bei den Auswertungen von Kaelble und Federspiel.²¹⁷ Auch Angestellte (mit 12,9%) und Beamte (mit 4,0%) finden sich in der industrie- und geschäftsreichen Stadt Berlin insgesamt zahlreicher als in Würzburg, wobei der weibli-

²¹⁴ Vgl. KAEUBLE, H. & FEDERSPIEL, R. 1990. *Soziale Mobilität in Berlin; 1825–1957: Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag. S. 151 (u.a.).

²¹⁵ BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 164.

²¹⁶ Leider war für den Raum Würzburg keine ähnliche, vergleichbare Auswertung zur Berufskategorisierung einsehbar.

²¹⁷ KAEUBLE, H. & FEDERSPIEL, R. 1990. *Soziale Mobilität in Berlin; 1825–1957: Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag. S. 291ff.

che Anteil unter den „unteren“ (mit 5,3%) und „mittleren“ Angestellten und Beamten (mit 8,3%), sowohl hier als auch bei den Vergleichszahlen, jeweils höher ausfiel als der männliche. So gehörten zu dieser Kategorie häufig genannte Berufe wie Verkäuferinnen, Sekretärinnen oder Lehrerinnen, welche als „wesensgemäße, artgerechte Erwerbstätigkeit[en; A.M.]“ dem in der Weimarer Republik und NS-Zeit propagierten „Mutterbild“ der Frau entsprachen.²¹⁸ Entsprechend steigerte sich, mit der Zunahme des Prozentsatzes der eigenen Berufsangaben unter den Frauen im zeitlichen Verlauf, deren Anteil bei den „unteren Angestellten und Beamten“ von weniger als 1% auf rund 10% und bei den Angestellten insgesamt auf über 20% in den vierziger Jahren.

Dass – in Rückblick auf die einleitend genannte Hypothese – bei psychisch Kranken ein überdurchschnittlich hoher Teil der Unterschicht zugehörig vermutet wird, soll nach Reichardt unter anderem einem erhöhten Erkrankungsrisiko, insbesondere für psychopathische Reaktionen, in finanzieller Not geschuldet sein. In einem seiner Lehrbücher schreibt er dazu: „[...] überhaupt wird sich eine mangelhafte und unzureichende Anlage besonders früh und stark im wirtschaftlichen Kampf zeigen“.²¹⁹ Um einen möglichen Einfluss einer bestehenden sozialen Schicht auf die Krankheitshäufigkeit der in dieser Arbeit untersuchten Patienten ermitteln zu können, wurde die Abbildung 15 im Anhang entsprechende Tabelle angelegt. Hierin wurde die Verteilung der Schichtenzugehörigkeit für bestimmte Diagnosen berechnet, mit der Voraussetzung, dass die Angaben unter „Stand und Gewerbe“ den Beruf der Eltern oder des Ehemanns enthielten und damit in annähernder Weise den aktuellen, finanziellen Versorgungsstatus widerspiegeln. Nachdem bei keiner der betrachteten Diagnosen, auch nicht – in Bezug auf Reichardts Zitat – bei der Psychopathie, ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Betroffenen der Unterschicht zugewiesen werden konnte,²²⁰ beziehungsweise die Oberschicht bei den meisten Diagnosen gar überrepräsentiert war, ist die Bedeutung dieser Aussage für die hier vorliegende Auswertung zu verwerfen. Hingegen rückt die Vermutung in den Vordergrund, dass die gesundheitsorientiertere Oberschicht ihre Angehörigen möglich-

²¹⁸ MAAß, C. 1999. *Das Frauenbild in der NS-Arbeitswissenschaft und seine Bedeutung für die betriebliche Personalpolitik. Am Beispiel Frauenindustriearbeit*, Diplomica Verlag. S. 77.

²¹⁹ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 172.

²²⁰ Da hier nur Daten gezählt wurden, deren Angaben unter „Stand und Gewerbe“ von den Eltern oder Ehemann abgeleitet wurden, wurden fast ausschließlich weibliche Daten ausgewertet. Bei den Frauen waren insgesamt 46,8% der Unterschicht, 33,7% der Mittelschicht und 2,4% der Oberschicht zugehörig.

erweise eher in eine Anstalt verwiesen hat als die Unterschicht, in der „Anders sein“ vielleicht eher akzeptiert wurde.

Eine weitere, von Autoren der Vergleichsarbeiten vertretene, für das Überwiegen „sozial schwache[r; A.M.] Menschen“²²¹ unter den Aufnahmen verantwortlich gemachte Begründung lautet, dass eine früh auftretende, psychische Erkrankung einen sozialen Aufstieg verhindern und eine niedrige Schichtzugehörigkeit bedingen würde. Um die Bedeutung dieser Aussage in Hinsicht auf die hier ausgewertete soziale Verteilung prüfen zu können, wurde eine Abbildung 15 ähnliche, weitere Tabelle (vgl. Anhang; Abbildung 16) erstellt. Darin ist nun die Schichtverteilung einzelner Diagnosen nur für Angaben, die den eigenen Beruf bezeichnen, aufgetragen. Würde die oben genannte Annahme für die Würzburger Patienten zutreffen, müsste der Anteil der Unterschicht bei Krankheiten, die im frühen Lebensalter auftreten, höher sein. Aber ist unter den typischerweise früh auftretenden Diagnosen der „Schwachsinnzustände“ (Kategorie „1a“ des Würzburger Schlüssels), der Schizophrenie („14“) und der Epilepsie („13a“) nur unter den Intelligenzgeminderten mit 72,6% eine überdurchschnittlich hohe Vertretung der Unterschicht zu verzeichnen. Dagegen stellen Patienten mit Diagnosen, die eher Ältere betreffen, wie die „traumatische Hirnschädigung“ („2b“), die „Neuropathie“ („17b“) und die neurologischen Erkrankungen („20“), und damit nach obiger Hypothese vermehrt in der Mittelschicht vorkommen müssten, einen überdurchschnittlich hohen Anteil der Unterschicht. Ebenso verhält es sich mit Psychopathie, deren Symptome sich neben der Pubertät vor allem im Rückbildungsalter verdichten würden.²²² Da psychopathisch Erkrankten intellektuell eine mehr oder minder ausgeprägte Schwachsinnigkeit nachgesagt wurde,²²³ was sich durch regelmäßige Zusätze, wie „debil“ oder „asozial“, in den Standbüchern bestätigen lässt, hätte dadurch trotz häufigem, späterem Erkrankungsalter dennoch ein sozialer Aufstieg behindert sein können. Insgesamt stört eine frühe psychische oder neurologische Erkrankung sicherlich einen möglichen sozialen Aufstieg. Allerdings scheint dabei das Erkrankungsalter kaum eine Rolle für die Schichtzugehörigkeit gespielt zu haben. Schließlich muss bedacht werden, dass die ausgewerteten Berufsangaben nur Momentaufnahmen sind und die in höherem Alter erkrankten Patienten häufig schon wieder

²²¹ BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 340.

²²² Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 285.

²²³ Vgl. Ebda. S. 283.

einen sozialen Abstieg erfahren haben.²²⁴ So hätten beispielsweise die zu 70,1% zur Unterschicht zählenden Erkrankten der „traumatische Hirnschädigung“ eine „allgemein körperliche und besonders geistige Leistungsschwäche“,²²⁵ die „in irgendwelchem Maße [...] die psychische Produktion“ stören würde.²²⁶ Es würden zwar „gewiß [...] zahlreiche, namentlich jüngere Kranke mit umschriebener Hirnverletzung [...] wieder völlige Erwerbsfähigkeit“ erlangen,²²⁷ aber sei eine „jahrelange, wenn nicht sogar dauernde Erwerbsminderung oder Arbeitsunfähigkeit“ mit einem etwaigen Berufswechsel nicht unwahrscheinlich.²²⁸ Zudem würden traumatische Hirnverletzungen auffallend häufig bei Patienten auftreten, die schon von Geburt an als „schwachsinnig“ diagnostiziert worden waren und damit von vorn herein nur einen geringeren sozialen Status erreichen konnten.²²⁹ Hier zu unterscheiden, ob der beschriebene soziale Status schon vor dem Trauma derart vorhanden war oder erst in Folge der Verletzung ein Abstieg eingesetzt hat, ist also schwer.

Warum nun aber ist insbesondere bei der unter den Frauen am häufigsten gestellten, offensichtlich die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Diagnose der Schizophrenie die Unterschicht, im Gegensatz zu Beddies Auswertungen,²³⁰ tendenziell unterdurchschnittlich und die Mittel- und Oberschicht sogar leicht über dem Durchschnitt vertreten? Hingegen der vermuteten Behinderung des sozialen Aufstiegs bei diesem früh beginnenden Krankheitsbild, wird die Schizophrenie in der Literatur durchaus als eine Diagnose der Mittelschicht beschrieben.²³¹ Luxemburger behauptet gar, dass sie in „gehobenen sozialen Schichten ganz zweifellos häufiger“ vorkommen würde. Dies läge an dem „schizothyme[n] Charakter“ mit einer „mehr

²²⁴ Beddies konnte in seinem Werk durch die Auswertung einst ausgeübter und aktuell ausgeübter Tätigkeiten einen erheblichen Abstieg festhalten.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 328f.

²²⁵ WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 298.

²²⁶ BUSEMANN, A. 1948b. Physiologische Untersuchungen an Hirnverletzten. II. Einfallsarmut nach Hirnverletzung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 638–690. S. 638.

²²⁷ AMANN, F. 1929. Zur Diagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. Eine gutachterliche Kritik. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 10.

²²⁸ WASSERMEYER, M. 1941. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nach traumatischer Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 2.

²²⁹ Vgl. KESSELER, K. 1916. Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 6.

²³⁰ Bei Beddies war die Unterschicht bei der Diagnose Schizophrenie, mit der Begründung einer im frühen Lebensalter gestellten Diagnose, überdurchschnittlich hoch vertreten. Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 339.

²³¹ Vgl. z. B. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. Göttingen: Wallstein. S. 53ff.

zum Aufstieg drängenden differenzierten Psyche“ und an der „genischen [sic] Beziehung zwischen Schizophrenie und intellektueller Begabung“.²³²

Außerdem ist der 15,5% hohe Anteil Erwerbsloser mit der Diagnose Schizophrenie, ebenso wie der zu je 10 bis 15% hohe Satz Arbeitsloser mit Epilepsie, manisch-depressiven Erkrankungen oder Intelligenzminderungen, zu beachten. Bei den Patienten der Wittenauer Heilstätte war sogar insgesamt lediglich noch ein Drittel der Patienten berufstätig.²³³ Beddies begründet die enorme Höhe der von ihm errechneten Erwerbslosenquote dadurch, dass sozialer Abstieg häufig nicht hieß „sozial niedriger einzuschätzende Tätigkeiten“ auszuüben, „sondern vielmehr [...] gar nicht mehr zu arbeiten.“²³⁴ Für die in Würzburg aufgenommenen Frauen, bei denen 12% der vermerkten Angaben „ohne Beruf“ lauteten,²³⁵ könnte diese Überlegung zu getroffen haben. Gerade Krankheitsbilder wie die der Schizophrenie, deren Krankheitsprozess „einen tiefen Einschnitt in die Lebenslinie mit einer folgenschweren Unterbrechung des bisherigen [...] sozialen Entwicklungsganges“ bedeutete,²³⁶ gehen mit einem raschen Verlust der Arbeitsfähigkeit einher. 1933 waren sogar 43% der schizophrenen Frauen und 32% aller Frauen als arbeitslos vermerkt, was aber auch mit der hohen, allgemeinen Arbeitslosigkeit im Zuge des Höhepunktes der wirtschaftlichen Depression Ende der 20er und Anfang der 30er korrelierte.²³⁷

Bei den Männern hingegen waren mit 0,6% insgesamt nur sehr wenige Patienten „ohne Beruf“ vermerkt. Ihre soziale Einordnung aber ist – im Gegensatz zur Allgemeinheit –²³⁸ niedri-

²³² LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 777.

²³³ BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 331.

²³⁴ Ebda. S. 328.

²³⁵ Als „arbeitslos“ wurden in dieser Arbeit nur Frauen mit einer bezüglich der Erwerbslosigkeit eindeutigen Angabe gezählt. Vermerke wie „Ehefrau“ oder „Hausfrau“ wurden hingegen ganz aus der Auswertung genommen. Außerdem wurde für fast die Hälfte der Frauen der Beruf des Ehemanns gewertet, sodass die Erwerbslosenquote für die Frauen bei anderer Auslegung der Angaben höher ausgefallen wäre (vgl. dazu nächsten Absatz).

²³⁶ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 254.

²³⁷ Vgl. HEINZE, R. & GRETSCHMANN, K. 1987. Folgewirkung der Beschäftigungskrise auf die sozialen Sicherungssysteme. In: ABROMEIT, HEIDRUN & BLANKE, BERNHARD (eds.) *Arbeitsmarkt, Arbeitsbeziehungen und Politik in den 80er Jahren*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. S. 321.

²³⁸ Bei Kaelble und Federspiel waren bei den Männern etwa 75% der Unterschicht, 24% der Mittelschicht und 1% der Oberschicht, bei den Frauen etwa 80% der Unterschicht, etwa 20% der Mittelschicht und weniger als 1% der Oberschicht zugehörig.

Vgl. KAEUBLE, H. & FEDERSPIEL, R. 1990. *Soziale Mobilität in Berlin; 1825–1957: Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag. S. 151.

ger einzustufen als die der aufgenommenen Frauen.²³⁹ Dies deutet darauf hin, dass Männer trotz Krankheit länger im Beruf brauchbar blieben beziehungsweise bleiben mussten und, anstatt gar nicht zu arbeiten, eher niedrigere Tätigkeiten ausgeübt zu haben scheinen. Die bei den männlichen Patienten häufiger vorkommenden Diagnosen wie Alkoholismus erfuhren vermutlich gesellschaftlich mehr Akzeptanz, außerdem konnte die physische Funktion bei derartigen Krankheitsbildern länger aufrecht gehalten werden als bei der unter den Frauen häufigen Schizophrenie.²⁴⁰ Ein weiterer möglicher Grund für die errechnete, sozial höhere Einordnung der Frauen ist die 48,3%ige Angabe und Auswertung des Berufs des Ehemanns (vgl. dazu Anhang, Abbildung 17). Zudem wurden regelmäßige Eintragungen wie „Ehefrau“ unter „Stand und Gewerbe“ aufgrund einer fehlenden genauen Einordbarkeit gar nicht mitgezählt. Wären bei den Berufsangaben der Frauen in den Standbüchern nur eigene Informationen eingetragen worden, wäre vermutlich nicht nur ihre Arbeitslosenzahl höher, sondern vielleicht auch die soziale Schichtung niedriger ausgefallen. Nachdem aber in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus die sogenannte Mutterschaft als die wichtigste weibliche Aufgabe galt²⁴¹ und eine eigene Berufstätigkeit deshalb selten war, musste die Einteilung des beruflichen Status wie in den Vergleichsarbeiten nach der sozialen Schicht des Ehemanns vorgenommen werden. Eine Besonderheit stellen die Berufsangaben der Eltern unter der Kategorie „Stand und Gewerbe“ dar, die mit einigen wenigen männlichen Ausnahmen, fast nur bei den weiblichen Patientinnen auftraten. Demnach waren bei den Frauen angegebene Tätigkeiten, deren Ausführung einer Person zugeordnet werden konnte, zu 8,2% dem Beruf des Vaters zu zuweisen (vgl. Anhang, Abbildung 17). Von derart gezählten 210 Datensätzen waren wiederum 84% zu Patientinnen gehörend, die über 20 Jahre alt waren und somit bei noch bestehender Ehelosigkeit vermutlich aus Krankheitsgründen nicht arbeiten konnten. Der Anteil der Frauen „ohne Beruf“ wäre bei Addition dieses Prozentteils also noch höher beziffert gewesen.

Abschließend bleibt zu vermerken, dass die soziale Schichtung der Würzburger Patienten im Vergleich zu den Zahlen von Kaelble und Federspiel deutlich höher einzuordnen war. Neben dem hohen Anteil an arbeitslosen Frauen und an Berufsangaben des gesunden Ehemanns,

²³⁹ Geschlechterspezifische Verteilung: Frauen: 46,8% Unterschicht; 33,7% Mittelschicht; 2,4% Oberschicht. Männer: 65,5% Unterschicht; 28,9% Mittelschicht; 2,4% Oberschicht.

²⁴⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 328.

²⁴¹ Vgl. WEYRATHER, I. 1993. *Muttertag und Mutterkreuz: der Kult um die "deutsche Mutter" im Nationalsozialismus.*, Frankfurt a. M. S. 1ff.

scheint dies an einer rascheren Krankenhauseinweisung von Erkrankten aus Mittel- und Oberschicht und an der häufigen Diagnosevergabe der Schizophrenie als Krankheitsbild der Mittelschicht gelegen zu haben.

2.4. Familienstand und Konfession Patienten

Des Weiteren wurden anhand der Daten aus den Standbüchern die Konfession und der Familienstand der Würzburger Patienten zum Aufnahmezeitpunkt näher beleuchtet. Dabei sollte nach möglichen Gründen für, von der Allgemeinbevölkerung abweichende, Verteilungen unter den Aufgenommenen gesucht werden und ein Bezug zu bestimmten Diagnoseformen hergestellt werden.

2.4.1. Familienstand

Bezüglich des Familienstandes gilt es zwei grundlegende Hypothesen zu untersuchen, die sich bei Herausarbeitung der Vergleichsarbeiten von Beddies und Rotzoll hervortun. Einmal besteht die Vermutung, dass familiärer Rückhalt bei Verheirateten die Einweisungsrate senken könnte. Gleichzeitig könnten nach ihrer Ansicht Diagnosen, die im früheren Lebensalter aufzutreten pflegen, die Heiratsrate der Patienten negativ beeinflussen und damit den Anteil an Ledigen erhöhen. Kritisch sei an dieser Stelle anzumerken, dass die von Beddies durchgeführte Untersuchung seiner Patientendaten der Wittenauer Heilstätten eine mangelnde Pauschalisierung des angegebenen Familienstandes offenbarte. So waren bei ihm nur 60% der untersuchten Ledigen wirklich alleinlebend.²⁴² Eine solche Differenzierung für die Würzburger war im Umfang dieser Arbeit allerdings nicht möglich.

Insgesamt waren unter den 22.450 ausgewerteten Angaben 34,3% als „ledig“, 60,0% als „verheiratet“, 4,6% als „verwitwet“ und 1,1% als „geschieden“ gekennzeichnet. Nicht deckungsgleich sind diese Prozentangaben mit der damaligen Verteilung der deutschen Allgemeinbevölkerung, in der nach Angaben der Volkszählungen 1925 zunächst, sowohl bei den

²⁴² Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 294.

Männern als auch bei den Frauen, der Anteil an Ledigen deutlich überwog und sich bis 1939 bei beiden Geschlechtern weitestgehend an den Prozentsatz der Verheirateten anglich.²⁴³ Zwar entspricht die Verteilung der weiblichen Würzburger Patientinnen für sich betrachtet mit 46% Ledigen und 43% Verheirateten den Werten der Volkszählung von 1939, doch weichen die ausgewerteten Männerdaten mit 68% Verheirateten und 28% Ledigen stark vom Durchschnitt im Deutschen Reich ab (vgl. zur Darstellung der prozentualen Geschlechterverteilung Anhang, Abbildung 18). Die in der Allgemeinbevölkerung verzeichnete, relative Zunahme des Anteils an Verheirateten, bei gleichzeitiger Abnahme der Ledigen, zwischen 1925 und 1939 spiegelt sich unter den Würzburger Patienten, wie aus Abbildung 19 und 20 (vgl. Anhang) entnommen werden kann, vor allem unter den Männern wider. Dabei kristallisiert sich im zeitlichen Verlauf auch immer deutlicher das absolute Überwiegen des verheirateten Anteils der männlichen Psychiatriepatienten heraus. Hingegen entsprechen die prozentualen Anteile nach der genannten Volkszählung an Geschiedenen und Verwitweten, die zwischen 1925 und 1939 weitestgehend konstant geblieben sind, ziemlich genau den hier ausgewerteten Daten (Männer: 3% verwitwet, 1% geschieden; Frauen: 9% verwitwet und 2% geschieden).

Die auch von Fuchs vermutete, schützende Funktion einer engen familiären Beziehung,²⁴⁴ welche sie aus dem Überwiegen Lediger unter ihren untersuchten Überlebenden der Krankenmorde schlussfolgerte, lässt sich anhand unserer Daten folglich nur bedingt stützen. Dass der Prozentsatz aufgenommener lediger Frauen in einigen Jahren leicht über dem deutschen Durchschnitt liegt – bei gleichzeitig unterdurchschnittlichem Anteil verheirateter Patientinnen –, kann sicherlich beeinflusst sein durch einen fehlenden sozialen Rückhalt und eine mangelnde, finanzielle Absicherung durch einen Ehemann und eine Familie. Letztere stand aber, entsprechend der kapitaleinleitenden Untersuchung Beddies, auch vielen als „ledig“ bezeichneten Frauen zur Seite, was bei den hier verwendeten Daten anhand der häufigen

²⁴³ Volkszählung 1925: Männer: 16,5 Mill. (54,6%) ledig, 12,7 Mill. (42,1%) verheiratet, 0,9 Mill. (3%) verwitwet, 0,1 Mill. (0,1%) geschieden. Frauen: 16,5 Mill. (51,2%) ledig, 12,7 Mill. (39%) verheiratet, 2,8 Mill. (9%) verwitwet, 0,2 Mill. (0,6%) geschieden. Vgl. 1929. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.

Volkszählung 1939: Männer: 18,8 Mill. (49%) ledig, 18,4 Mill. (48%) verheiratet, 1,2 Mill. (3,1%) verwitwet, 0,3 Mill. (0,2%) geschieden. Frauen: 17,9 Mill. (44%) ledig, 18,3 Mill. (45%) verheiratet, 3,9 Mill. (10%) verwitwet, 0,5 Mill. (1,2%) geschieden. Vgl. 1942. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.

²⁴⁴ Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *„Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“*. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. Göttingen: Wallstein. S. 53ff.

Berufsangabe der Eltern (vgl. oben) im Feld „Stand und Gewerbe“ offensichtlich wird. Diese Tatsache und die insgesamt annähernd dem deutschen Durchschnitt entsprechende Verteilung des Familienstands der Frauen reduzieren die Bedeutung eines sozialen Beziehungsnetzes für eine seltenere Anstaltsaufnahme in die psychiatrische Klinik in Würzburg. Im Gegenteil, unter den Männern scheint der Status „verheiratet“ sogar eine erhöhte Wahrscheinlichkeit mit sich gebracht zu haben, in die Klinik eingewiesen zu werden. Anstatt bei Krankheit durch familiäre Unterstützung aufgefangen zu werden, zerfällt mit Ausfall des Familienoberhaupts das Familiennetz und die oft einzig verbleibende Lösung für die Angehörigen stellte dann mutmaßlich die stationäre Einweisung dar.

„Degenerative Stigmata“ würden bei „Geisteskranken in vermehrtem Maße“ auftreten, schreibt Plattner in einem Artikel, nachdem er körperliche „Dysplasien bei Schizophrenen überaus häufig“ in seinen Untersuchungen gefunden hatte.²⁴⁵ Auffallende äußerliche Erscheinungen, wie sie auch in den Standbüchern regelmäßig den Diagnosen beigelegt waren,²⁴⁶ in Addition zu einer möglicherweise psychischen Veränderung erschweren sicherlich die Partnersuche und senken so die Heiratswahrscheinlichkeit. Bei Männern lag im untersuchten Zeitraum das durchschnittliche Heiratsalter um die 30 Jahre.²⁴⁷ Wie Abbildung 21 (vgl. Anhang) entnommen werden kann, war der höchste Anteil an verheirateten Männern bei Diagnosen der „Rentenneurose“ („17d“ 92%), „des höheren Lebensalters“ („6b“ 88,7%), der „Entschädigungsreaktion“ („17e“ 87,4%), des chronischen Alkoholismus („10b“ 81,0%; „10c“ 86,1%), der „symptomatischen Epilepsie“ („13b“ 80,3%), der „Progressiven Paralyse“ („3“ 80,7%) und der „traumatischen Hirnschädigungen“ („2b“ 77,5%) zu finden – zumeist bei Krankheitsbildern also, die erst nach einer erfolgten Eheschließung um das 30. Lebensjahr in Erscheinung zu treten pflegten.²⁴⁸ Hingegen wird bei den Frauen mit der Schizophrenie eine Diagnose am häufigsten genannt, die laut Bleuler „die meisten Kranken trifft, bevor sie sich eine Lebensstellung geschaffen haben.“²⁴⁹ Deshalb hätte die „Heiratshäufigkeit der schizophrenen Sippe [...] nur etwa 2/3 der Heiratshäufigkeit der Gesamtbevölkerung“ ausge-

²⁴⁵ PLATTNER, W. 1932. Körperwuchs- und Bildungsanomalien bei Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98. S. 352.

²⁴⁶ Im Standbuch finden sich bei Diagnosen der geistigen Behinderungen öfters Zusätze wie „Turmschädel“ oder „Osteogenesis imperfecta“, die das Äußere beurteilen

²⁴⁷ Vgl. 1942. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt. 1940. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.

²⁴⁸ Vgl. auch Kapitel über Altersverteilung der Patienten.

²⁴⁹ Bleuler zitiert nach SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 158.

macht.²⁵⁰ Unterstützt wird diese Annahme hier eindrucksvoll anhand des hohen Anteils lediger Mäneraufnahmen („14“ 61,0%) mit dieser, insbesondere zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr auftretenden Diagnose.²⁵¹ Bei Frauen scheint der krankheitsbedingte Einfluss offensichtlich geringer (53,9% ledig, 41,4% verheiratet) ausgefallen zu sein (vgl. dazu Anhang, Abbildung 22). Schließlich heirateten Frauen nach den Daten des Statistischen Jahrbuchs durchschnittlich schon um das 25. Lebensjahr und waren damit bei Erstdiagnose schon zu einem größeren Anteil verheiratet als gleichaltrige Männer.

Erwartungsgemäß zeigten auch die größtenteils schon in der Kindheit eintretenden Erkrankungen der Gruppe der geistigen Behinderungen und der Epilepsie bei beiden Geschlechtern, wie bei den Ergebnissen Beddies,²⁵² einen besonders hohen Anteil an ledigen Patienten (vgl. Anhang, Abb. 21 und 22). Ähnlich den stigmatisierenden, äußerlichen Beschreibungen von als intelligenzgemindert diagnostizierten Patienten in den Standbüchern sollen auch Epileptiker regelmäßig auffällige Körperbauten, wie „körperliche Krümmformen“, „Infantilismen“, „Verfettungen“ oder „dysgenitale“ Formen, gezeigt haben. Außerdem soll wegen der „psychomotorischen Übererregbarkeit [...] auf Kosten der [...] intrapsychischen Sphäre [...] eine labile Gleichgewichtslage des psychisch nervösen Lebens“ bestanden haben und so ein Charakter der „epileptoiden Psychopathie“ geprägt worden sein.²⁵³ Auffallend ist dabei, dass Männer mit solchen früh auftretenden und offensichtlich durchaus einschränkenden Erkrankungen, wie auch insgesamt im diagnosespezifischen Geschlechtervergleich, scheinbar trotz Krankheit zu einem höheren Anteil in eine Ehe fanden als Frauen mit derselben Erkrankung.²⁵⁴ Dies mag neben der höheren männlichen Sterblichkeit daran liegen, dass Männer trotz ihrer Erkrankung zu meist einer leichteren beruflichen Tätigkeit nachgingen und damit eher sozial integriert waren (s. oben) als Frauen, die eher zu Hause bei ihren Eltern blieben.

²⁵⁰ LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 777.

²⁵¹ Vgl. z. B. Ebda. S. 778.

²⁵² BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 297, S. 329.

²⁵³ CONRAD, K. 1939. Der Erbkreis der Epilepsie. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Marburg: Julius Springer Verlag. S. 992.

²⁵⁴ Auch Beddies findet diese Schlussfolgerung.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 339.

2.4.2. Konfession

Im Jahr 1933 waren im Landkreis Würzburg etwa 89% der Bevölkerung als römisch katholisch, knapp 10% als evangelisch und knapp 1% als jüdisch verzeichnet.²⁵⁵ Wird der Einfluss des evangelisch geprägten, ebenfalls zum Einzugsgebiet der Würzburger Psychiatrie zählenden, mitteldeutschen Raums berücksichtigt,²⁵⁶ spiegelt die Verteilung der 20.078 ausgewerteten Angaben zur Konfession in den Standbüchern mit 62% Katholiken, 36% Protestanten und jeweils einem Prozent an Juden und Sonstigen (vor allem „gottlos“²⁵⁷) annäherungsweise die der Durchschnittsbevölkerung wider.

Was allerdings von der Allgemeinbevölkerung abweicht, ist das in Abbildung 23 und 24 (vgl. Anhang) ersichtliche anfängliche Überwiegen des Anteils an katholischen Frauen mit 70 bis 80% und der evangelischen Männern mit bis zu 45%.²⁵⁸ Dieser Trend relativiert sich bis zum Beginn der 30er Jahre, wo es zu einer Angleichung der Verteilung der Konfessionen unter den Geschlechtern kommt und zu einem im Weiteren stagnierenden Verlauf. Die initiale Differenz könnte durch die unterschiedliche Verteilung der Herkunftsgebiete der Geschlechter bedingt sein. Die weiblichen Patientinnen stammten, wie in dieser Arbeit untersucht, zum größten Teil aus dem katholisch geprägten Landkreis Würzburg und dessen mainfränkischer Umgebung, die männlichen Aufnahmen hingegen waren deutlich seltener direkt aus dem Landkreis und kamen aus mehr protestantisch geprägten Regionen nach Würzburg.

Die während des untersuchten Zeitraums besonders in den Fokus gerückte jüdische Bevölkerung war bis Mitte der dreißiger Jahre, zwar mit abnehmender Tendenz, aber dennoch teilweise stark über dem allgemeinen Durchschnitt unter den Aufnahmen vertreten,²⁵⁹ wobei

²⁵⁵ Vgl. REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.

²⁵⁶ Vgl. Ebda.

1934. *Statistisches Jahrbuch für das deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.

Demnach waren 1933 im gesamten Deutschen Reich etwa 63% evangelisch, 33% römisch katholisch und knapp 1% jüdisch gemeldet.

²⁵⁷ „Gottlos“ war im Nationalsozialismus eine „offizielle Religionsbezeichnung“ für Personen, „die sich von den anerkannten Religionsgemeinschaften abgewandt haben, jedoch nicht glaubenslos“ waren. Zitiert nach: *Universal Lexikon* [Online]. Available: http://universal_lexikon.deacademic.com/85422/gottgl%C3%A4ubig [Accessed 07.11.2016].

²⁵⁸ Vgl. 1934. *Statistisches Jahrbuch für das deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.

Demnach waren im deutschen Reich sowohl 1933 als auch 1925 in etwa gleich viele Frauen und Männer als katholisch oder evangelisch verzeichnet.

²⁵⁹ Jüdischer Anteil in den Standbüchern: 1919: 6,9% Frauen; 3,4% Männer, 1923: 2,2% Frauen; 2,7% Männer, 1925: 0,9% Frauen; 3,1% Männer, 1929: 4,7% Frauen; 0,2% Männer, 1931: 2,5% Frauen; 0,9% Männer 1933:

die hier errechneten Prozentsätze bei geringer Fallzahl sicherlich eine eingeschränkte Repräsentativität aufweisen. Unter antisemitischer und rassenideologischer Beeinflussung wurde von vielen damaligen Ärzten, wie dem französischen Neurologen Jean Martin, vielleicht auf Grundlage derartiger Aufnahmezahlen die Annahme verbreitet, „dass bei Juden [aufgrund ihrer Religion; A.M.] Nervenkrankheiten aller Art häufiger aufträten als bei anderen Bevölkerungsgruppen.“²⁶⁰ Vom heutigen Standpunkt aus liegen die Gründe für die überdurchschnittlichen Aufnahmeanteile an jüdischen Patienten vielmehr in den damals für Juden herrschenden Lebensbedingungen, geprägt von Verfolgung und Ausgrenzung. Eine diesbezüglich genauere Beurteilung der Aufnahmeverhältnisse der jüdischen Patienten an der Universitätsnervenklinik bedarf einer einhergehenden Untersuchung von entsprechenden Krankenakten.

In einer für diese Arbeit nur stichprobenartig vorgenommenen Überprüfung der Krankheitsformen jüdischer Patienten in Würzburg konnte kein eindeutiges Überwiegen bestimmter Vermerke festgestellt werden, es wurde ein breites Spektrum an Diagnosen abgedeckt. So war auch die Schizophrenie vertreten – die Diagnose der jüdischen Frau R. B., die im September 1939 als eine der letzten Jüdinnen bis 1945 überhaupt in die Klinik aufgenommen wurde. Trotz ausbleibender Besserung ihres „mutistisch[en; A.M.]“ Zustandes unter „Opiumkur“ und „Cisternenpunktion“, vielleicht durch ihre „höflich[e; A.M.]“ und „keinerlei Schwierigkeiten“ bereitende Art bedingt, wurde sie erst nach 315 Tagen „auf Veranlassung des Landrats des Kreises Moosbach“ nach Wiesloch verlegt.²⁶¹ Diese Krankengeschichte erscheint bemerkenswert in Anbetracht der Tatsache, dass ab Mitte der dreißiger Jahre die Aufnahmezahlen gegen null gingen.²⁶² Noch bevor im Beschluss des „Gesetz[es; A.M.] zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ vom 15. September 1935 „die Reinheit des deutschen Blutes“ als „Voraussetzung für den Fortbestand des Deutschen Volkes“ ausgerufen wurde,²⁶³ waren zahlreiche jüdische Staatsangehörige emigriert, wie zum Beispiel auch der unter Reichardt habilitierte und in seiner Klinik als „Naturwissenschaftler“

1,2% Frauen; 1,0% Männer, 1935: Frauen 2,3%; Männer 0,6%, 1939: Frauen 1,0%; Männer 0,5%, spätere Anteile um 0%.

²⁶⁰ Zitiert nach: SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 190.

²⁶¹ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 248, aufgenommen am 8.9.1939, entlassen am 19.7.1940.

²⁶² Jüdischer Anteil 1939: Frauen 1,0%; Männer 0,5%, spätere Anteile: um 0%.

²⁶³ 1935. *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre* [Online]. documentArchiv.de Available: <http://www.documentArchiv.de/ns/nbgesetze01.html> [Accessed 07.11.2016].

geschätzte Oberarzt Ernst Grünthal.²⁶⁴ In Heil- und Pflegeanstalten wurden jüdische von deutschen Erkrankten, im Sinne der „Rassenhygiene“, getrennt voneinander untergebracht. Ab 1940 wurden Juden gar in separate Sammelanstalten, wie Heppenheim in Baden oder Egelfing-Haar in Bayern, verbracht, wo die Patienten im Rahmen der „Euthanasie Aktion T4“ direkt getötet wurden oder von wo aus sie in Tötungsanstalten weiter transportiert wurden.²⁶⁵ Ob auch jüdische Patienten aus Würzburg in solche konfessionsbezogenen Einrichtungen oder, wie im Fall von Frau R. B. mit Wiesloch, in allgemein an der Euthanasie beteiligten Institutionen²⁶⁶ verlegt wurden, kann mangels der lückenhaften Angaben über die Verlegungsorte in den Standbüchern nur gemutmaßt werden. Dass Frau R. B. dabei lange von dem Schicksal der Verlegung verschont geblieben ist, mag an einem besonderen, persönlichen Schutz durch den behandelten Arzt gelegen haben, der sie sogar gern „bei Verwandten untergebracht“ hätte, was durch den Verbot des „Zuzug[s; A.M.] von Juden“ in Würzburg aber verhindert worden war.²⁶⁷

Während also zusammenfassend betrachtet bezüglich der Konfession, unter Berücksichtigung des mitteldeutschen Einzugsgebietes, sich die Verteilung der Patientenangaben in den Standbüchern weitestgehend mit der der Allgemeinbevölkerung deckte, war in Bezug auf den Familienstand entgegen dem allgemeinen Durchschnitt, vor allem unter den Männern, ein deutliches Überwiegen der verheirateten Patienten festzustellen. Trotz Krankheit schien das männliche Geschlecht sozial integrierter geblieben zu sein und gerade bei Krankheitsbildern, die erst zu einem späteren Lebensabschnitt in Erscheinung traten, war der Anteil an verheirateten Männern, vermutlich da sie ihre Familie nicht mehr adäquat versorgen konnten, besonders hoch.

²⁶⁴ HEIMANN, H. 1985. Ernst Grünthal – seine Würzburger Zeit und Erinnerungen an Konrad Rieger. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart: Thieme. S. 36.

²⁶⁵ Vgl. SCHMUHL, H.-W. 1992. *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie; Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens"; 1890–1945*, Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht. S. 215f.

²⁶⁶ *Schriftreihe des Arbeitskreises "Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch in der Zeit des Nationalsozialismus"* [Online]. Wiesloch. Available: <http://www.pzn-wiesloch.de/unser-zentrum/geschichte/schriftenreihe/> [Accessed 07.11.2016].

²⁶⁷ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 248, aufgenommen am 8.9.1939, entlassen am 19.7.1940.

2.5. Krankheitsform der Patienten

Im nun folgenden, umfangreichsten Kapitel zur Studie über die Patienten der psychiatrischen Universitätsnervenklinik Würzburg wird der aus medizinischer Sicht interessanteste Teil der Informationen aus den Standbüchern bearbeitet: die notierte „Krankheitsform“. Dabei soll unter Hinzunahme von Krankenakten untersucht werden, welche Diagnosen den Patienten bei ihrer jeweiligen Symptomatik zugeschrieben wurden, wie sich die dazugehörigen Begrifflichkeiten im Lauf des untersuchten Zeitraums veränderten und vereinzelt sollen auch die angewandten Therapieformen näher beleuchtet werden. Dabei gilt es zunächst anzumerken, dass psychiatrische Diagnosen – wie Szasz es bezeichnet – doch immer auf „menschliche Handlungen“ beruhen, „die in einem komplexen Kontext gegensätzlicher Interessen stattfinden“ und ohne eine teilweise heute noch fehlende, in der Medizin oft verlangte, „objektive Methode“ gestellt werden.²⁶⁸ Vielmehr erfolgt die psychiatrische Diagnosestellung symptomorientiert,²⁶⁹ was bis heute durch eine genaue Standardisierung eine hohe Objektivierbarkeit erreicht hat, zum untersuchten Zeitraum allerdings noch vielen subjektiven Einflüssen unterlegen hat. So berichtete der berühmte Psychiater Kraepelin, ein ehemaliger Assistent Rineckers in Würzburg,²⁷⁰ 1917 folgendermaßen: „Das Wesen der meisten Geistesstörungen liegt zur Zeit in tiefem Dunkel. Niemand wird aber bei einer so jungen Wissenschaft bestreiten, daß uns die fortschreitende Forschung neue Erkenntnisse bringen wird“.²⁷¹ Tatsächlich handelt es sich bei der Psychiatrie, wie oben zur Geschichte Etablierung des wissenschaftlichen Faches bereits beschrieben, um eine verhältnismäßig junge medizinische Fachrichtung. Zwar waren in Würzburg schon ab 1583 im Juliusspital im „Gefängnis der Angefochtenen“ und im Bürgerspital im „Narrenhäuslein“ sogenannte Irre untergebracht,²⁷² doch verfestigte sich erst im 19. Jahrhundert, sowohl öffentlich als auch fachinterdisziplinär, mit Werken zur Pathologie psychiatrischer Erkrankungen, unter anderem von den Psychiatern Freisinger und Griesinger, die Überzeugung, dass „Wahnsinn (Irrsinn, Tollheit)“ eine „Krank-

²⁶⁸ SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 196.

²⁶⁹ Vgl. Ebda. S. 196.

²⁷⁰ Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 162.

²⁷¹ SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 209.

²⁷² Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 155.

heit und Degenerationserscheinung des Gehirns“ sei.²⁷³ Nach Reichardt sei damit eine Störung der „Gesamtheit des psychischen Geschehens“,²⁷⁴ bestehend aus der Wahrnehmungstätigkeit, der Verstandstätigkeit, dem Gemütsleben, der Willenstätigkeit und den daraus resultierenden Symptomkomplexen,²⁷⁵ verbunden.

Bis dahin war im Würzburger Juliuspsital der Oberarzt der Inneren immer gleichzeitig auch der Psychiater gewesen.²⁷⁶ Ähnlich wurde es noch deutlich länger mit der Neurologie gehandhabt, die als „Neuropathologie“ lange in internistischer Hand blieb.²⁷⁷ Erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden gegen großen Widerstand der Internen Fachrichtung Bestrebungen seitens der Psychiatrie, unter anderem mit der Begründung des „Archiv[s; A.M.] für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ 1868, die Neurologie mit der Psychiatrie zu vereinen.²⁷⁸ Mit Beginn des 20. Jahrhunderts entstand schließlich die Bezeichnung „Nervenheilkunde“, die zuerst nur die Neurologie mitinbegriffen hatte, sich aber zum in der Arbeit betrachteten Zeitraum hin zu einer begrifflichen Zusammenfassung der Fächer Neurologie und Psychiatrie formiert hat. Zur Verdeutlichung dieser Fächerverbindung, deren Wiederaufspaltung in eigenständige Professuren auch nach dem Zweiten Weltkrieg nur langsam fortschritt,²⁷⁹ wurde die Würzburger Universitätsklinik, wie in vielen anderen Städten auch, 1925 zur „Psychiatrischen und Nervenklinik“, kurz „Nervenklinik“, umbenannt.

Die Betonung der neurologischen Fachrichtung in der Universitätsnervenklinik Würzburg, insbesondere durch Reichardt, lässt sich schon an dessen wissenschaftlichen Schwerpunkten ableiten: „1. die Entdeckung der Hirnschwellung und der moderne Aufbau einer Lehre vom krankhaften Hirndruck, 2. seine epochalen Forschungen über den Hirnstamm in seiner Beziehung zum Gesamthirn [...] und schließlich 3. die durch ihn mitbegründete sachliche Un-

²⁷³ SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 205.

²⁷⁴ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.*, Jena, Gustav Fischer. S. 5.

²⁷⁵ Zu Symptomkomplexen werden laut Reichardt zum Beispiel der „manialkalische“ oder „depressive“, aber auch Halluzinosen oder Dämmerzustände gezählt, die in schwankender Regelmäßigkeit und Ausprägung die oben genannten Symptome in sich verbinden.

Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 106ff.

²⁷⁶ Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 160.

²⁷⁷ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 89.

²⁷⁸ Vgl. WITTEN-STERZEL, R. 2016. Die Psychiatrie – der lange Weg zur Selbstständigkeit. In: LEVEN, KARL-HEINZ (ed.) *200 Jahre Universitätsklinikum Erlangen 1815–2015*. Köln u.a.: Böhlau Verlag. S. 135.

²⁷⁹ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 90.

fallbegutachtung vor allem hinsichtlich der Differentialdiagnose der *Commotio* und *Contusio cerebri* sowie der seelischen Wirkung der Unfälle und des Entschädigungsgedankens.“²⁸⁰ Schließlich müsse sich laut ihm die Psychiatrie insbesondere mit „der Frage der Hirnlokalisation und ihren klinischen Äußerungen beschäftigen“.²⁸¹ Die Ergebnisse der von Reichardt akribisch voran getriebenen Hirnforschung können an den unter „Krankheitsform“ notierten Angaben aus den Standbüchern erahnt werden, nachdem diese ab Ende der dreißiger Jahre immer häufiger zu organisch-pathologischen Befunden konzipiert wurden. So finden sich beispielsweise Vermerke wie „Stirnhirnatrophie, Picksche Krankheit?“ oder „Hirnatrophie“ als mögliche Ursachenerklärung einer „Rückbildungspsychose“, einer „senil organische Hirnschädigung“ oder eines „frühkindlichen Schadens“. Mittels mikroskopischer Hirnforschung sei dabei gar eine Unterscheidung zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn möglich gewesen.²⁸² Auch der in Abbildung 25 (vgl. Anhang) ersichtliche Anteil von insgesamt 15,7% unter den nach dem Würzburger Schlüssel ausgewerteten Diagnosen an primär neurologischen Erkrankungsformen bestätigt die offensichtlich neurologische Ausrichtung der Würzburger Universitätsnervenklinik.

Zur weiteren Veranschaulichung der Verteilung der im Standbuch unter „Krankheitsform“ genannten Diagnosen wurde übersichtshalber zusätzlich zu Abbildung 25 ein Balkendiagramm (vgl. Anhang, Abb. 26) erstellt. Demnach wurde genauso häufig wie die Diagnose neurologischer Krankheiten die der Schizophrenie gezählt, wobei diese beiden Krankheitsformen, mit 29,4% Schizophrenie unter den Frauen und 18,5% an neurologischen Erkrankungen unter den Männern, geschlechterspezifisch die jeweils am meisten genannten Diagnoseformen darstellten. Nur die „abnormen Reaktionen“ waren nach Summierung aller untergliederter Krankheitsformen mit rund 16%, worunter die „depressiven Reaktionen“ („17b“) mit etwa 6% knapp den größten Teil ausmachten, ähnlich zahlreich datiert. Mit durchschnittlich 8% Anteil zeichnen sich in Abbildung 26 als nächst häufigste Krankheitsbilder die „Psychische Störung nach Gehirnverletzung“ und die „Psychopathie“ ab. Die „psychischen Störungen des höheren Lebensalters“, die bei Beddies bei einem gleichzeitig deutlich

²⁸⁰ BÖNING, J. 2007. Von Reichardt bis Beckmann: Würzburger Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: METTENLEITER, ANDREAS (ed.) *Tempora mutantur et nos? Festschrift für Dr. Walter M. Brod zum 95. Geburtstag*. Pfaffenhofen: Akamedon. Zitiert nach: STÖRRING, G. E. 1949. Martin Reichardt 75 Jahre alt. Monatszeitschrift Psychiatrie und Neurologie., 18, 81–104.

²⁸¹ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 2.

²⁸² Vgl. HARTWICH, W. 1937. Das Laboratorium der Heilanstalten ist unerlässlich zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Dienst des Volkes. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 64–75. S. 65.

höheren Durchschnittsalter der Berliner Patienten mit 30,8% den höchsten Teil ausmachten,²⁸³ waren hier hingegen nur mit rund 3% vertreten. Zusammen mit anderen auffallend oft vorkommenden Angaben werden diese Krankheitsbilder in eigenen Gliederungspunkten im Weiteren näher beleuchtet.

Nur vereinzelt wurde hingegen die im Würzburger Schlüssel separat aufgeführte „Encephalitis epidemica“ oder „lethargica“, die sich als europäische Schlafkrankheit neben Lähmungserscheinungen und Parästhesien auch durch psychotische Symptome ausgezeichnet hätte,²⁸⁴ genannt (0,1%). Nicht verwunderlich bei Anblick der Tatsache, dass diese wahrscheinlich viral bedingte Encephalitis nach ihrer epidemischen Ausbreitung in Mitteleuropa zwischen 1916 und 1919 nur noch sporadisch aufgetreten ist.²⁸⁵ Dass dieses Krankheitsbild trotzdem noch dem erst 1933 veröffentlichten Würzburger Schlüssel zugefügt wurde, könnte an den noch für Jahre anhaltenden, zu versorgenden Folgezuständen gelegen haben. Denn beispielsweise hätte die Encephalitis epidemica zu 60% einen postencephalitischen Parkinson zur Folge gehabt,²⁸⁶ welche Diagnoseangabe auch im Standbuch, zusätzlich zur Diagnosekombination aus Parkinsonismus und Encephalitis, regelmäßig gefunden werden kann. Da die in diesem Zusammenhang genannte ätiologische Encephalitis aber in der Regel nicht näher bezeichnet war, lässt sich die Verbindung zur „Schlafkrankheit“ nur vermuten. Deshalb und weil sich etwa zwei Drittel der Erkrankten innerhalb von Monaten nahezu ganz von der eigentlichen Symptomatik der „Schlafkrankheit“ erholt hätten,²⁸⁷ wurde der postencephalitische Parkinsonismus ohne weiteren Zusatz von psychischen Defiziten den neurologischen Krankheiten zugeordnet. Eine zufällig zu dieser Krankheitsform heraus gesuchte Krankenakte der Patientin A. K.,²⁸⁸ der bei ihrem zweiten Klinikaufenthalt vom 1.6.1926 bis zum 5.1.1927 im Standbuch die Diagnose postencephalitischer Parkinson zugeschrieben wurde, war laut Krankenakte während ihres ersten Aufenthaltes tatsächlich an der ätiologisch vermuteten Encephalitis epidemica erkrankt. Dabei war zum Folgeaufenthalt zunächst auf dem Deckblatt als Diagnose „postencephalitischer Strabismus, Charakterveränderung“ vermerkt worden.

²⁸³ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 342.

²⁸⁴ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 181.

²⁸⁵ Vgl. HANSER, H. U. A. 2016. *Encephalitis epidemica* [Online]. Heidelberg. Available: <http://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/encephalitis-epidemica/3423> [Accessed 28.12.2016].

²⁸⁶ Vgl. Ebda.

²⁸⁷ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 182.

²⁸⁸ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 103, aufgenommen am 1.6.1926, entlassen am 5.1.1927.

Die endgültige Diagnose ergab sich schließlich aus einer akribisch genau dokumentierten Beobachtung von Symptomen und deren äußerer Beeinflussbarkeit durch die psychische Stimmung. Außerdem hätte durch Scopolamin „kein Zittern mehr“ bewirkt und durch eine „euphorisieren[de; A.M.]“ Hypnosetherapie auch die verlangsamte Bewegung verbessert werden können.

Eine weitere in dieser Auswertung relativ selten dokumentierte, aber in ihrer Bedeutung durchaus erwähnenswerte Diagnose ist die der Syphilis („Psychische Störungen bei Lues und Tabes“ im Würzburger Schlüssel) und der progressiven Paralyse, welche zusammen lediglich einen Anteil von insgesamt 3,3% unter den Würzburger Patienten ausmachten. Bis zum Ende des Ersten Weltkrieges allerdings hätten diese Krankheitsformen noch einen beträchtlichen Teil des Patientenkollektivs der Nervenkliniken und Anstalten gestellt²⁸⁹ und auch in Beddies Vergleichsstudie waren diese infektiös bedingten Krankheitsbilder mit 9% noch deutlich stärker vertreten.²⁹⁰ Bereits zu Beginn der syphilitischen Erkrankung würden laut Bleuler psychiatrische Auffälligkeiten im Sinne von „neurasthenische[n; A.M.] Störungen“ aufzutreten pflegen.²⁹¹ Im weiteren Verlauf würde sich zu 10% Wahrscheinlichkeit, etwa 15 Jahre nach der Infektion, eine progressive Paralyse oder umgangssprachlich bezeichnete Gehirnerweichung einstellen, die in psychiatrischer Hinsicht eine „alle Gebiete des Seelenlebens umfassende Schwäche“ bewirkt hätte²⁹² und aus neurologischer Sicht, neben einer „Schlaffheit des Bewegungsapparats“ mit spastischen Erscheinungen, den typischen Pupillenstatus mit dem sogenannten Argyll-Robertson'schem Phänomen mit sich gebracht hätte.²⁹³ Unter den in Würzburg aufgenommenen Männern war bis 1925 der Anteil dieser nach Bleuler definierten organischen Psychose mit bis zu knapp 8% noch relativ hoch, danach verringerte er sich mit Ausnahme des Jahres 1945 (7%) deutlich. Dieser Trend entspricht dem damaligen wissenschaftlichen Fortschritt in der Ursachen- und Therapieforschung,²⁹⁴ was zu einem der Paradebeispiele für den Erfolg der Forschung in der Psychiatrie wurde.

²⁸⁹ Vgl. STRECKER, H. 1932. Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 98, 769–786. S. 784.

²⁹⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 342.

²⁹¹ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 182.

²⁹² WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 330.

²⁹³ Vgl. Ebda. S. 325ff.

²⁹⁴ Mit der Entdeckung von „*Treponema pallidum*“ als auslösenden Erreger 1905 und Salvarsan (1909) und später Penicillin (1943) als Therapeutikum ging die Zahl der bis zum Endstadium erkrankten deutlich zurück. Vgl. dazu SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 208.

Zur weiteren Auswertung der angegebenen Diagnosen wurden diese, zusätzlich zur Einordnung nach dem Würzburger Schlüssel, wie bereits im Kapitel zur Methodik erläutert, auch auf die Anzahl reiner Begriffsverwendungen untersucht (vgl. Anhang, Abb. 27). Einer der in absoluten Zahlen am wenigsten genannten Vermerke war dabei der Begriff der „Psychose“. Allerdings fällt bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Nennung eine deutlich Steigerung der Anwendungsfälle ab 1939, vor allem bei den Frauen, auf. Ab diesem Zeitpunkt können im Standbuch zahlreiche Datierungen, wie „symptomatische Psychose“ oder „Rückbildungspsychose“, vorgefunden werden. Die symptomatischen Psychosen wurden im Würzburger Schlüssel zu „9“ gezählt und bewirkten einen anteilmäßigen Anstieg der Gruppe der Psychosen ab 1939 auf bis zu 5%. Die sogenannten Rückbildungspsychosen wurden, wie die ebenfalls oftmals notierten „Rückbildungsdepressionen“, im Würzburger Schlüssel unter „6“ kategorisiert, was sich auch in einer augenscheinlichen Zunahme der präsenilen Formen („6b“) gerade 1941 und 1943 auf 6 bis 7% widerspiegelte. Doch warum wurde der Begriff der Psychose, obwohl er nach Beer bereits 1847 von dem Österreicher Ernst Feuchtersleben in seinem Werk „Principles of Medical Psychology“ verwendet wurde,²⁹⁵ von den Würzburger Ärzten erst gegen Ende des betrachteten Zeitraums regelmäßig bei der Diagnosevergabe berücksichtigt? Feuchtersleben definierte die Psychose damals zunächst als „general term of mental disorder“,²⁹⁶ also als eine Art Synonym für die zu dieser Zeit ebenfalls noch austauschbar verwendeten Begriffe unter anderem der Geistesstörung, Psychopathie, Psychoseurose und Persönlichkeitskrankheit. So wurde sie anfangs als eine von psychologischen Einflüssen geprägte Untergruppe der Neurosen betrachtet.²⁹⁷ Letztere Begrifflichkeit ist älter und entstand bereits 1776 durch den schottischen Arzt Cullen, der mit Neurosen alle nicht entzündlichen Krankheiten des Nervensystems und der Psyche meinte.²⁹⁸ Ab 1905 wurde durch Alzheimer der Begriff der Psychose als eine Krankheit der Hirnrinde, einschließlich der von Kraepelin geformten *Dementia praecox*, eingegrenzt.²⁹⁹

²⁹⁵ Vgl. BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200. S. 177.

²⁹⁶ Ebda. S. 177.

²⁹⁷ Vgl. Ebda. S. 181f.

²⁹⁸ Vgl. BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Georg Thieme Verlag. S. 70.

²⁹⁹ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 171f.

Vgl. BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200. S. 194.

Nach Beer und Bräutigam erklärte erst der Psychiater Kurt Schneider in seinem Artikel „Psychopathie und Psychose“ von 1933 die Psychose, ähnlich der heutigen Definition, zu einem pathologischen Zustand, in dem aufgrund einer organischen Erkrankung der Anschluss zur Normalität und Realität verloren geht. Eine weiterhin synonyme Verwendung zur Geisteskrankheit allgemein und eine Untergruppierung zur Neurose, welche als psychonorme Desintegration galt, seien dagegen von Schneider und dem von ihm in seinem Artikel zitierten Reichardt strengstens abgelehnt worden.³⁰⁰ Stattdessen sollten psychische Störungen ab sofort in zwei Gruppen unterteilt werden: 1. In die Abnormitäten der Psyche, wozu die abnormale Persönlichkeit (Psychopathie) und abnorme Reaktionen (Neurosen) zählten. Diese waren im Gegensatz zur zweiten Gruppe nicht organisch, sondern durch innere Konfliktsituationen beziehungsweise bestimmte Lebensumstände bedingt und ihre Inhalte entzogen sich nicht der allgemeinen Verständlichkeit, weshalb die Störungen dieser Gruppe nicht als Geisteserkrankungen im eigentlichen Sinne bezeichnet werden sollten. 2. In die eigentlichen Geisteserkrankungen, die aufgrund fehlerhafter Hirnstrukturen entstehen würden und nach Schneiders Definition fortan mit Psychosen gleichzusetzten seien.³⁰¹ Erst in Folge dieser 1933 veröffentlichten, differenzierten Anwendungsbeschreibung des Begriffs der Psychose wurde der Gebrauch, entsprechend der genannten Zahlen, auch unter den Würzburger Ärzten üblich. Durch eine weitere Unterteilung der zweiten Krankheitsgruppe in endogene und exogene Psychosen³⁰² war mit dem „Triadischen System“ bis zur Einführung der ICD-Klassifikation durch Schneider das Klassifikationssystem psychiatrischer Diagnosen schlechthin entstanden. Schließlich war es das erste System, welches sich nach Krankheitsursachen aufbaute. Psychogen bedingte Neurosen wurden darin unterschieden von exogen verursachten, also

³⁰⁰ Vgl. BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Gerorg Thieme Verlag. S. 71.

Vgl. BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200. S. 195f.

³⁰¹ Vgl. BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200. S. 195f.

Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 1.

Vgl. BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Gerorg Thieme Verlag. S. 70f.

³⁰² Eine derartige Einteilung in endogene und exogene Psychosen hatte zuvor auch Kraepelin schon einmal vorgenommen.

Vgl. BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200.

organischen Ursachen zuordnungsbaaren Psychosen und von endogen bedingten Psychosen, bei denen eine organische Ursache angenommen, aber nicht begründbar ist.³⁰³

Seit den vierziger Jahren veränderte sich mit der ätiologisch betonten Einteilung der Diagnosen auch auffallend die Verwendung des Begriffs „psychogen“ im Standbuch. Wohingegen zuvor diese Beschreibung nur im Rahmen „psychogene[r; A.M.] Reaktion[en; A.M.]“ verwendet wurde und somit bei fehlendem, anatomisch-pathologischen Korrelat die Ätiologie der Psyche zugeschrieben wurde,³⁰⁴ traten ab etwa 1941 immer öfter weitere „psychogene“ Defizite auf. Eintragungen wie „psychogener Tremor“, „psychogene Gehstörung“, „psychogene Lähmung“ oder „psychogenes Stottern“ verdeutlichen die Betonung der Psyche als auslösendes Moment vieler motorischer Auffälligkeiten der in die Klinik aufgenommenen Patienten. Zwar schrieb der berühmte Psychiater Kahlbaum schon 1874 in seinem Werk „Die Katatonie“ über die frühzeitige Beobachtung, dass „bei Geisteskranken [...] auch körperliche Krankheitserscheinungen vorhanden sind“, doch lange wurde dieser Erkenntnis nur im Rahmen der Progressiven Paralyse und später im Rahmen der von ihm geprägten Katatonie Berücksichtigung erteilt.³⁰⁵ Im Ersten Weltkrieg wurden dann „sympathische Reiz- oder Lähmungserscheinungen“ in Folge von Schreckneurosen als Störungen des vegetativen Nervensystems beschrieben,³⁰⁶ worauf Reichardt später seine Definition der Neuropathie aufbaute (s. unten). Der möglichen psychischen Beeinflussbarkeit auch des somatischen Nervensystems war bis dato aber nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden.

Die zahlreich mit einem Fragezeichen versehenen Diagnosen (durchschnittlich 8,3% und maximal 25,8% 1923 bei den Frauen der nach dem Würzburger Schlüssel eingeteilten Diagnosen) wurden zum Ende der dreißiger Jahre, vielleicht aufgrund einer erleichterten Diagnosestellung mittels des Triadischen Systems, weniger. Was an dieser Stelle allerdings noch angemerkt werden sollte, ist, dass sich in der ärztlichen Entscheidung, bei etwaigen Unsicherheiten in der Abwägung von Differentialdiagnosen, sicherlich subjektive Vorzüge widerspie-

³⁰³ Vgl. DECKERT, J. Einführung, 1. Vorlesung. Vorlesung der Psychiatrie; SS 2015, 2015 Würzburg; Hörsaal Psychiatrie.

Vgl. BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 23f.

³⁰⁴ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 130ff.

³⁰⁵ KAHLBAUM, K. 2014. *Die Katatonie; Nachdruck des Originals von 1874*, Paderborn, Salzwasser Verlag. S. 3.

³⁰⁶ Vgl. KNAUER, A. & BILLIGHEIMER, E. 1919. Über organische und funktionelle Störungen des vegetativen Nervensystems unter besonderer Berücksichtigung der Schreckneurosen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 199–279. S. 277.

gelten. So werden beispielsweise bestimmte Diagnosen im Standbuch nach oft längeren Pausen an einer anderen Stelle wieder mehrmals hintereinander genannt.

Im nun Folgenden soll die Auswertung einzelner, relevant erscheinender Diagnosegruppen in Teilabschnitten genauer betrachtet werden.

2.5.1. Manisch-depressiver Formenkreis

Um „Stimmungsverschiebungen“ mit „heiterer oder depressiver Verstimmung“, bei gleichzeitig vorliegender „Ideenflucht“ oder „Hemmung des Gedankengang“ und „abnormaler Erleichterung oder Hemmung der zentrifugalen Funktion des Entschließens, Handelns inklusive dem psychischen Teil der Motilität“, handele es sich laut Bleulers Lehrbuchdefinition bei Erkrankungen aus dem Manisch-depressiven Formenkreis.³⁰⁷ Mit 9,3% Anteil unter den vergebenen Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel waren die affektiven Störungen des manisch-depressiven Formenkreises nach der Schizophrenie die am zweit häufigsten notierten Krankheitsformen der aufgenommen Frauen. Hingegen wurde nur 2,0% der Männeraufnahmen diese Diagnose zugewiesen. Mit durchschnittlich 4,2% Anteil entspricht ihre Häufigkeit in Würzburg dennoch annähernd dem 1936 für alle Klinikaufnahmen deutschlandweit berechneten Durchschnitt von 5,2%.³⁰⁸ Das hier eindeutige Überwiegen diagnostizierter Frauen, im Verhältnis von etwa 78:22, übersteigt zwar deutlich die heute angenommen Geschlechterverteilung,³⁰⁹ doch ist der Unterschied zu der von Beddies berechneten Aufteilung mit etwa 70:30 gering.³¹⁰ Nach heutiger Auffassung könnte die höhere Krankheitswahrscheinlichkeit bei Frauen weniger der höheren Ersterkrankungshäufigkeit an sich, sondern mehr dem wahrscheinlicheren Risiko eines Rezidivs geschuldet sein.³¹¹

Zur weiteren Veranschaulichung der Entwicklung in Würzburg sollte in Abbildung 28 (vgl. Anhang) für Frauen die Veränderung der prozentualen Anteile dieser endogenen Psychose im zeitlichen Verlauf aufgetragen werden. Dabei lässt sich bis 1925 eine anteilmäßig über

³⁰⁷ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 354.

³⁰⁸ Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63. S. 63.

³⁰⁹ Für bipolare Störungen wird ein Verhältnis von Frau zu Mann von 1:1, für unipolare Depressionen ein Verhältnis von 2:1 angenommen.

Vgl. MENKE, A. Bipolar affektive Störung. Vorlesung Psychiatrie SS 2015, 2015 Würzburg, Hörsaal Psychiatrie.

³¹⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 355.

³¹¹ Vgl. BEBLO, T. & LAUTENBACHER, S. 2006. *Neuropsychologie der Depression*, Göttingen, Hogrefe. S. 3.

dem Durchschnittswert liegende Diagnosevergabe­häufigkeit aus dem manisch-depressiven Formenkreis registrieren, über die späteren Jahre allerdings zeichnet sich eine tendenzielle Abnahme bis auf einen Minimalwert von 2,6% 1939 ab. Erst 1945 wächst der Anteil an manisch-depressiven Krankheitsformen unter den Frauen wieder auf über 10% an. Dahingegen sollen nach einer Studie in Bezug auf Daten der Universitätsklinik Basel zwischen 1920 und 1957 depressive Erkrankungen allgemein zugenommen haben, wofür insbesondere die Entpersonalisierung und das gesteigerte Tempo des modernen Lebens verantwortlich gemacht wurden. Hinter dem Anstieg hätten dabei aber weniger Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises selbst gesteckt, sondern vielmehr wachsende Zahlen an Depressionen des Rückbildungsalters und psychogenen, depressiven Reaktionen.³¹² Tatsächlich ist bei den vorliegenden Auswertungen der Diagnosen nach dem Würzburger Schlüssel besonders ab Ende der dreißiger Jahre nicht nur eine deutliche Steigerung der Krankheiten, die den „psychischen Störungen des höheren Lebensalters“ („6“ im Würzburger Schlüssel) zugeordnet werden konnten, zu vermerken,³¹³ sondern auch der überwiegend unter „17b“ gelisteten, depressiven Reaktionen (vgl. unten). Letztere sind, wie eingangs bereits geschildert, 1920 von Schneider als rein psychogen bedingte, abnorme Reaktionen im Sinne von Neurosen streng von den dem manisch-depressiven Formenkreis zuzuordnenden „motivationslosen endogenen“, somatisch begründeten Depressionen abgegrenzt worden.³¹⁴ Da allerdings laut Bleuler gerade zu Beginn des „manisch-depressiven Irreseins“ die Betroffenen, welche allerlei Beschwerden wie Kopfschmerzen oder Ohrensausen aufweisen würden, auch als Neurastheniker, also als reaktiv Depressive, imponieren könnten,³¹⁵ sei eine genaue Differenzierung der beiden Formen schwierig gewesen.³¹⁶ Deshalb ist in Bezug auf den skizzierten, sinkenden Prozentsatz an „manisch-depressiven“ Patienten in Würzburg bei gleichzeitig steigender Zahl an Neurosen ab Mitte der zwanziger Jahre eine Verschiebung der Diagnosen in diese Richtung anzunehmen.

³¹² Vgl. BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 16f.

³¹³ Bei einem durchschnittlichen Anteil von 3,3% ist 1941 ein Wert von 7,2% für die Frauen und 4,2% für die Männer, 1943 8,5% für die Frauen und 1,4% für die Männer und 1945 ein Wert von 11,1% für die Frauen und 7,6% für die Männer an „psychischen Störungen des höheren Lebensalters“ berechnet worden. Neben dementiellen Entwicklungen zählten zu dieser Kategorie vor allem im Standbuch vermerkte Diagnosen wie „Depression im Rückbildungsalter“ oder „Rückbildungspsychose“.

³¹⁴ BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 46.

³¹⁵ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 362.

³¹⁶ Vgl. BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 37f.

Hinter den, unter „15“ im Würzburger Schlüssel eingeordneten Diagnosen verbergen sich nicht nur die heute gängig gebrauchten Angaben der Depression und der Manie, sondern auch die zu jetziger Zeit veraltete Bezeichnung der Melancholie. Wie sich die Verwendung dieser Begriffe zur Beschreibung bipolarer und unipolarer Störungen im Lauf des betrachteten Zeitraums verändert hat, soll mit Hilfe der Auswertung der Zählung der Einzelnennung der jeweiligen Krankheitsformen geklärt werden (vgl. Anhang, Abb. 27). Zunächst zur Melancholie, die in der Vor- und Frühmoderne als Krankheit bedingt durch aufsteigende, schwarze Galle verstanden und seit jeher mit affektiven Störungen in Verbindung gebracht wurde.³¹⁷ Der Krankheitsbegriff machte bis 1925 einen Prozentsatz von 10 bis 15%, 1921 – entsprechend dem in diesem Jahr besonders hohen Satz an manisch-depressiven Erkrankungen mit 35,4% nach dem Würzburger Schlüssel – sogar von knapp 25% unter den für das jeweilige Jahr einzeln ausgezählten Begrifflichkeiten aus. Ab 1927 sank der Anteil auf unter 10% ab, ab Mitte der dreißiger Jahre verschwand die Diagnose der Melancholie dann weitestgehend ganz. Bis auf eine Ausnahme im Jahre 1923 mit knapp 10%, lag entsprechender Anteil unter den Männern auch vor 1925 nie über 5%.

Gleichzeitig nahm erwartungsgemäß die Datierung des Begriffs der Depression in den Standbüchern, nach der ersten Nennung 1925, dem Jahr von Reichardts Amtsantritt, zu. Nachdem bis Ende der zwanziger Jahre nur vereinzelt die Diagnose der Depression verzeichnet werden konnte, stieg ab 1929 deren Anteil unter der Summe der einzeln ausgezählten Krankheitsformen auf etwa 3 bis 5% an. Nach einem weiteren kurzweiligen Einbruch 1939, der dem minimalen Prozentsatz an manisch-depressiv Erkrankten in diesem Jahr in Abbildung 28 entspricht, erhöhte sich der Anteil bei den Frauen bis 1945 sogar auf über 20%. Lange sei die Depression, deren Bezeichnung vermutlich erstmals um 1800 durch den Arzt Cullen geprägt wurde, annähernd synonym zur Melancholie verwendet worden.³¹⁸ Mit der Differenzierung Schneiders in endogene Affektstörungen des manisch-depressiven Formenkreises und reaktive Neurosen, sollten nach einer Arbeit von Lange 1926 fortan auch diese beiden Begrifflichkeiten streng unterschieden werden. So sollte die Depression nur noch eine psychogene, abnorme seelische Reaktion umschreiben und die Melancholie für die gehemmte Stimmung

³¹⁷ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 402f.

³¹⁸ Vgl. Ebda. S. 411.

des endogenen, psychotisch manisch-depressiven Irreseins stehen.³¹⁹ Dementsprechend findet sich in den Lehrbuchartikeln zum manisch-depressiven Formenkreis beispielsweise von Bleuler 1923, wie auch von Lange 1939, nur die Verwendung des Begriffs der Melancholie.³²⁰ In der Psychiatrischen und Nervenlinik Würzburg dagegen wurde – in Bezug auf den genannten Verlauf der Häufigkeit der Begriffsverwendungen – diese definitionsgemäße Unterscheidung offensichtlich nicht berücksichtigt. Stattdessen wurden ab etwa 1927 im Standbuch durch Zusätze, wie „reaktiv“, „organisch“ oder „endogen“ und die Verwendung der Bezeichnung „manisch-depressiv“, ätiologische Klassifizierungen erkenntlich gemacht.

Dass auch bei den Männern 1945 der Prozentteil an Depressionen unter einzeln ausgezählten Begrifflichkeiten bei rund 14% lag, obwohl nach dem Würzburger Schlüssel der Anteil des manisch-depressiven Formenkreises für dieses Jahr nur bei 3,1% festgesetzt und damit vergleichsweise zu den Frauen mit 11,7% sehr niedrig war, ist damit zu begründen, dass die Depression bei den Männern nach einer anderen Hauptdiagnose meist nur an zweiter Stelle genannt wurde und somit aus der Zählung im Würzburger Schlüssel fiel. Außerdem wurden mit knapp 6% Beteiligung bei den Männern für das Jahr des Kriegsendes „Rückbildungsdepressionen“ oder „Rückbildungspsychosen“ nicht dem manisch-depressiven Formenkreis zugeordnet, sondern zu präsenilen, depressiven oder paranoiden Formen („6b“) gezählt. Die für das Jahr 1945 berechneten Häufigkeiten korrelieren mit der von anderen Studien festgestellten Zunahme an endogenen Depressionen für den Zeitraum nach dem Zweiten Weltkrieg, welcher von vielen Lebensmissständen geprägt war.³²¹ Allerdings ist an dieser Stelle noch einmal kritisch darauf hinzuweisen, dass auch bei diesen Auswertungen die Grenzen zur psychogenen Depression sicherlich fließend waren.

Welche Begriffsbedeutung sich andererseits im Verlauf des untersuchten Zeitraums nicht geändert haben sollte, ist die der Manie. Die von Bleuler beschriebene maniakalische Symptomatik der Euphorie, Ideenflucht und des Beschäftigungsdrangs ist auch zu heutiger Zeit noch derart in Lehrbüchern zu finden. Dennoch konnte, in der insgesamt zahlenmäßig sehr niedrigen Summierung an Aufführungen dieser Erkrankungsform (vgl. Anhang, Abb. 27), eine

³¹⁹ Vgl. BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 46.

³²⁰ Vgl. LANGE, J. 1939. Das zirkuläre Irresein. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Berlin: Julius Springer Verlag.

Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 354ff.

³²¹ Vgl. BEBLO, T. & LAUTENBACHER, S. 2006. *Neuropsychologie der Depression*, Göttingen, Hogrefe. S. 4.

eindrucksvolle Absenkung der Datierungszahlen wiederum ab 1925 festgestellt werden. Betrag der Prozentsatz bis 1923 bei den Frauen noch um die 15% und bei den Männern noch bis zu knapp 9%, verringerte er sich von der Mitte der zwanziger Jahre ausgehend auf maximal 0 bis 3%. Einmal mag das daran liegen, dass mit Beginn der regelmäßigen Anwendung des Ausdrucks des „manisch-depressiven Irreseins“ ab etwa 1935 und des Adjektivs „manisch-depressiv“ ab etwa 1927 unter den Krankheitsformen im Standbuch, die Einzelnenennung der in diesem Begriff vereinigten affektiven Störungen überflüssig wurde. So sollte das manisch-depressive Irresein nach Kraepelin eine Krankheitseinheit aus beiderlei Störungen, den depressiven und manischen Phasen, bilden,³²² wobei einige der daran Erkrankten „ausschließlich depressive, andere ausschließlich manische Phasen“ erleben konnten.³²³

Außerdem ist, entsprechend den aus der Durchsicht von Krankenakten gewonnenen Erkenntnissen, in diesem Zusammenhang anzunehmen, dass einige Diagnosen der Manie im Zuge der ab Mitte der zwanziger Jahre gerade bei den Frauen stark wachsenden Diagnosezahlen an Schizophrenie (vgl. unten) verschwunden sind. So war beispielsweise der Patientin E. D., die sich bis zu ihrem Tode am 14.2.1919 in der Klinik aufgehalten hatte, die Diagnose der Katatonie³²⁴ im Standbuch zugesprochen worden.³²⁵ Laut Patientenakte würde Frau D.

³²² Deswegen wurden auch Krankheitsformen, die nur eine der genannten Phasen enthielten, im Würzburger Schlüssel dem manisch-depressiven Formenkreis zugeteilt. Eine weitere Unterteilung in monopolare und bipolare Verlaufsformen, wie sie heute üblich ist, wurde erst 1966 vorgenommen.

Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 414f.

³²³ LANGE, J. 1939. Das zirkuläre Irresein. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Eropathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Berlin: Julius Springer Verlag. S. 885.

³²⁴ Die Entstehung des Begriffs der Katatonie soll an einer anderen Stelle der Arbeit noch einhergehender beleuchtet werden. Hier ist zum Verständnis des Zusammenhangs allerdings anzumerken, dass der Begriff der Katatonie zum untersuchten Zeitraum eng an die Schizophrenie gebunden war: „sind [bei schizophrenen Erscheinungen; A.M.] katatone Symptome im Vordergrund, so nennt man das Bild Katatonie“, so schreibt Bleuler (Bleuler, S. 320). Dies steht im Gegensatz zur heutigen Verwendung, wo die Katatonie als Zustandsbeschreibung psychomotorischer Störungen nicht nur im Rahmen von schizophrenen, sondern auch von affektiven oder organischen Erkrankungen definiert ist. Das Auftreten solcher psychomotorischen Erscheinungen war zwar auch damals schon für weitere Krankheitsformen, insbesondere denen des manisch-depressiven Formenkreises, entsprechend dem heutigen Wissenschaftsstand bekannt, doch war dabei – außerhalb der Schizophrenie – in der Fachliteratur nur von „stuporösen Zuständen“ die Rede, wie dem „manischen Stupor“ als Übergangsform zwischen der Melancholie und der Manie (Lange, S. 882) oder dem depressiven Stupor, wenn die „Hemmung hochgradig“ wurde (Bleuler, S. 363). Ohne dieses Wissen könnte in Bezug auf den Fall nach dem heutigen Definitionsstand angenommen werden, dass die diagnostizierte Katatonie einer affektiven Störung zugeschrieben werden müsste.

Vgl. WALTHER, S. 2013. *Psychomotorische Störungen; Katatonie* [Online]. Bern. Available: https://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/unterlagen_zu_veranstaltungen.assetref/dam/documents/GEF/UPD/de/Publikationen/Walther_Herbstsymposium_2013.pdf [Accessed 30.12.2016].

„stuporös [...] fast den ganzen Tag auf ihrem Bett zusammengekauert“ sitzen und vor sich hin stieren, gleichzeitig sei sie „völlig desorientiert“, würde „sinnlose Dinge ohne Zusammenhalt und Inhalt“ im Rahmen einer „Ideenflucht“ reden und zeitweilig unter „Bewegungsdrang“ „grimassieren“. Aufgrund dieser Symptomatik wurde ihr in der Krankenakte zwischenzeitlich die Diagnose „katatonische Dementia“ gegeben, wegen ihres „ausgesprochen maniakalischen[n; A.M.]“ Verhaltens erhielt sie in einem Verlegungsbericht in die medizinische Klinik dann wiederum die Diagnose der Manie notiert. Diese wäre noch bis ins 19. Jahrhundert als Oberbegriff für psychotische Störungen verwendet worden,³²⁶ weshalb die Grenze zum schizophrenen Symptomkomplex, auch für die Ärzte zu Beginn des 20. Jahrhunderts, sicherlich eng war.

Dieser Fall zeigt eindrücklich den fließenden Übergang zwischen den Erscheinungsformen der beiden Diagnosegruppen und lässt eine allgemeine Abnahme der manisch-depressiven Störungen im Rahmen des Anstiegs der Schizophrenie als nicht unwahrscheinlich erachten. Diese Annahme wird durch einen Artikel von Flügel „Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland“ unterstützt. Darin sollten regionale Unterschiede in der deutschlandweiten Verteilung von Diagnosen, mittels ihres im Jahresschnitt (1933–1935) für verschiedene Kliniken (inklusive Würzburg) berechneten Anteils unter den Zugängen, dargestellt werden.³²⁷ Dabei wurde gerade für das manisch-depressive Irresein und die Schizophrenie eine starke Variabilität in der Nennungshäufung an den unterschiedlichen psychiatrischen Kliniken Deutschlands festgestellt. So hatte die Psychiatrische und Nervenlinik Würzburg im Vergleich zu anderen Einrichtung relativ wenige Diagnosen aus dem manisch-depressiven Formenkreis vergeben, es fielen auf 100 Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis 20,9 aus dem manisch-depressiven. Als mögliche Begründung hierfür heißt es, „daß bei der Stellung der Diagnose im Einzelfall große Schwankungen möglich sind, die von persönlichen Einstellungen des Klinikleiters abhängig sind“. Zwar sei in der Diagnoseklassifizierung bis da-

³²⁵ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 13, aufgenommen am 11.2.1919, gestorben am 14.2.1919.

³²⁶ Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 414.

³²⁷ Die von Flügel für die Würzburger Aufnahmen angegebenen, durchschnittlichen Diagnoseanteile zwischen 1933 bis 1935 am manisch-depressiven Formenkreis (4%) und der Schizophrenie (20%) stimmen fast annähernd mit den für diese Studie ausgewerteten Aufnahme- und Diagnosezahlen aus den Standbüchern überein. Leider konnte zum Vergleich nur der Schnitt der in die Auswertung mit einbezogenen Jahre 1933 und 1935 berechnet werden, und dennoch entsprechen diese Zahlen mit 20,3% Anteil der Schizophrenie und 3,2% an Manisch-Depressiven unter den ausgewerteten Zugängen den von Flügel veröffentlichten Zahlen. Vgl. FLÜGEL, F. 1938. Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 286–276.

hin schon eine „hohe wissenschaftliche Einheit“ erreicht worden, aber gerade bei „atypischen Krankheitsbildern“ hätte wohl teilweise die Neigung bestanden, diese eher der „vieltgestaltigere[n; A.M.]“ Schizophrenie statt dem „streng umrissene[n; A.M.]“ manisch-depressiven Irresein zu zuordnen.³²⁸ Dass also die Abnahme der Nennungshäufigkeit der Diagnose Manie ab 1925 mit Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt zusammenfällt, scheint kein Zufall zu sein.

2.5.2. Psychopathie und Neuropathie

Diese beiden, zu der bereits ausführlich skizzierten Gruppe der neurotisch abnormen Reaktionen und Entwicklungen zählenden Diagnosen sollen in diesem Kapitel aufgrund ihrer ausgesprochen zahlreichen Nennungen im Standbuch genauer charakterisiert werden. Wie aus Abbildung 26 (vgl. Anhang) bereits abgelesen werden konnte, war die unter „17“ im Würzburger Schlüssel zusammengefasste Gruppe der abnormen Reaktionen, „welche für zahlreiche Erkrankungen das Spezifische und Gestaltende in Reaktionsweisen zwischen Persönlichkeit, Charakter, Umwelt und Erlebnissen sieht und die Somatose [...] leugnet“,³²⁹ mit rund 16% die meist genannte Krankheitsform unter allen Klinikaufnahmen. Selbst wenn die Kategorien weiter in ihre Unterpunkte aufgespalten werden (vgl. Anhang, Abb. 25), erscheinen die depressiven Reaktionen („17b“) mit knapp 6% immer noch weit oben in der Häufigkeitsskala. Aufzeichnungen wie „reaktive Depression“, „Neurasthenie“ und vor allem die massenhaft genannte „Neuropathie“ wurden dabei dieser Unterkategorie zugeteilt.

Zwar würde nach Reichardts Definition (vgl. unten) nur die reaktive Depression zu einer psychopathisch veranlagten Reaktion zählen, doch laut Weygandt könnten aufgrund der Symptomähnlichkeit auch die Neurasthenie und die nervöse Erschöpfung unter diese Gruppe fallen.³³⁰ Überhaupt erstmals wurde die Begrifflichkeit der Neurasthenie 1869 durch Bread als „allgemeines Missbefinden“ mit unter anderem „Appetitlosigkeit, Schwäche“ und „Kopfwehattacken [...] ohne nachweisbar krank zu sein“ definierend erwähnt.³³¹ Von da an bis

³²⁸ Ebda. S. 274.

³²⁹ BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 35.

³³⁰ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 612ff.

³³¹ FISCHER-HOMBERGER, E. 2010. Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: BERGENGRUEN, MAXIMILIAN U.A. (ed.) *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur*. Freiburg: Rombach Verlag. S. 45.

zum Beginn des 20. Jahrhunderts wurden nervöse Beschwerden „zum Zeichen der Zeit“³³² und es entstand eine wahre „Nervositätsepidemie“.³³³ Der Psychiater Wilhelm Erb drückte es 1882 so aus: Die Neurasthenie „ist die Modernneurose unserer Tage, die Nervenkrankheit par excellence.“³³⁴ Bis zum Ersten Weltkrieg war ihr Begriff regelmäßig in Gebrauch, bis Freud eine psychogene Ursache für die benannte Symptomatik propagierte³³⁵ und Reichardt in Folge die Nomenklatur der Neurasthenie, wegen der anhaltenden Meinung über eine „ursächliche Bredasche Nervenschwäche“³³⁶ als Krankheitspathologie, als veraltet erklärt.

Stattdessen sollten innerhalb der nicht organisch bedingten seelisch-nervösen Störungen von nun an, neben den Entschädigungsreaktionen, die exogen nervösen Erschöpfungszustände, welche durch „Nachweis eines zu langen Andauerns der intellektuellen Anspannung und affektiven Überspannung“ ausgelöst wurden³³⁷ und am ehestem dem alten Begriff der Neurasthenie entsprachen, sowie die Neuropathien unterschieden werden.³³⁸ Zu letzteren zählten „alle diejenigen abnormen Anlagen [...] und funktionellen Äußerungen im Bereich des Nervensystems, welche sich zunächst außerhalb des Seelenlebens abspielen“ und sich durch „abnorme Empfindlichkeiten, abnorm gesteigerte Reizbarkeiten [...] auf vegetativem Gebiete“ und „abnorme[r] Ermüdbarkeit“³³⁹, also kurz durch eine „Übererregbarkeit des nervösen Apparats“,³⁴⁰ auszeichneten. Diese symptomatische und auch begriffliche Nähe³⁴¹ der Neuropathie zur Neurasthenie führte in dieser Arbeit trotz der definitionsgemäßen, ätiologischen Unterscheidung – zusätzlich mangels Alternativen innerhalb des Würzburger Schlüssels – zu einer Einordnung auch der Neuropathie unter „17b“. Was ebenfalls zu der

³³² RADKAU, J. 1998. *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München, Hanser Verlag. S. 9.

³³³ Ebda. S.11.

³³⁴ FISCHER-HOMBERGER, E. 2010. Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: BERGENGRUEN, MAXIMILIAN U.A. (ed.) *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur*. Freiburg: Rombach Verlag. S. 55.

³³⁵ Vgl. Ebda. S. 60f.

³³⁶ Ebda. S. 61.

³³⁷ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 464.

³³⁸ Vgl. Ebda. S. 455ff.

³³⁹ Ebda. S. 458.

Dazu zählten sämtliche Organneurosen, wie Verdauungsstörungen und Herzneurosen mit Aktivierung des vegetativen Nervensystems und unspezifischen Symptomen wie Kopfweh und Schlafstörungen.

³⁴⁰ BAUER, J. 1924. *Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten*, Berlin, Verlag von Julius Springer. S. 190.

³⁴¹ Zur Neurasthenie lange synonym verwendet wurden unter anderem die Begriffe der Neuraemie und der Nervopathie.

Vgl. GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 71.

riesigen Gruppe an abnormen Reaktionen zählte und im Standbuch regelmäßig vermerkt wurde, sind die unter „17“ neutral gezählte „Nervosität“, die unter „17d“ kategorisierten „Rentenreaktionen“ und die zu insgesamt 3,3% datierten „anderen“ psychogenen Reaktionen („17e“). Letzteren wurden unter anderem „hysterische Reaktionen“, Simulationen und die genannten „Entschädigungsreaktionen“ zugeschrieben.

Die zweite der hier näher zu beleuchtenden Krankheitsformen, die Psychopathie, war mit durchschnittlich 8% nach der Schizophrenie und den neurologischen Erkrankungen als dritt häufigste Hauptdiagnose im Würzburger Schlüssel eingetragen. Die von dem Anstaltspsychiater Koch 1891 begründete, deutsche Psychopathielehre³⁴² sollte laut Reichardt Abweichungen der Gemütsfähigkeit, der Willensfähigkeit und des Trieblebens beschreiben.³⁴³ Nach einem Artikel von Heyde handle es sich bei psychopathischen Konstitutionen „niemals um echte Krankheitsprozesse, sondern um seelische Anomalien“, die die „Bewältigung [...] durchschnittlicher Lebensaufgaben“ erschweren³⁴⁴ und entweder dauernd oder episodisch vorhanden sind.³⁴⁵ Wenn der Schnitt der hier vorliegenden Diagnosezahlen der Psychopathie für die Jahre 1933 und 1935 berechnet wird (11,4%), liegt dieser knapp fünf Prozentpunkte unter dem in Flügels Artikel angegeben Anteil von 16,2% an Psychopathen unter den Würzburger Aufnahmen zwischen 1933 und 1935. Zum einen kann diese Differenz durch die zahlreichen Zweitnennungen der Psychopathie und dem damit verbunden Entfallen aus der Zählung des Würzburger Schlüssels begründet werden, zum anderen wurden einige Diagnosen, die nach Reichardts Definition Unterformen der psychopathischen Persönlichkeiten darstellen würden (konstitutionelle Nervosität, Zwangsneurose, Hypochondrie, abnorme Erregbarkeit, Hysterie und Störungen der Sexualität),³⁴⁶ stets den psychopathischen Reaktionen („17“) zugeordnet. Denn eine genaue Unterscheidung zwischen diesen „auf dem Boden der psychopathischen Anlagen“ entstehenden reaktiven Erscheinungen (unter anderem depressive, hypochondrische, hysterische oder zwangsneurotische Reaktionen) und einer dauernden, psychopathischen Symptomatik ohne eindeutiges auslösendes Moment war nicht mög-

³⁴² Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 366.

³⁴³ Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 284.

³⁴⁴ HEYDE, W. 1936. Erbliche und nichterbliche Geistesstörungen. *Die Umschau; illustrierte Wochenschrift über die Fortschritte in Wissenschaft und Technik*, 18, 341–344. S. 342.

³⁴⁵ Vgl. DRESCHER, F. 1919. Epilepsie und Unfallbegutachtung; IV. Epilepsie und Psychopathie. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger. S. 1.

³⁴⁶ Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 291ff.

lich.³⁴⁷ Da die Mehrzahl derartiger Angaben in den Standbüchern durch den Zusatz Reaktion sowieso eindeutig Kategorie „17“ zugeteilt werden konnten, hatten die übrigen, fraglich zugewiesenen Diagnosen sicherlich zahlenmäßig keinen erheblichen Einfluss.

Eine Ausnahme könnte hierbei die konstitutionelle (endogene) Nervosität gebildet haben. Diese, wiederum aufgrund ihrer symptomatisch und begrifflich großen Ähnlichkeit zur Gruppe der seelisch-nervösen Störungen und abnormen Reaktionen,³⁴⁸ unter „17“ eingeteilte Krankheitsform, hätte nach Reichardts Erklärung wegen der zu differenzierenden Krankheitsursachen unter der Psychopathie geführt werden können. Denn nach ihm sei die Nervosität insbesondere durch einen störenden Affekt, die Neurasthenie dagegen durch ein allgemeines psychisches Versagen zu erklären.³⁴⁹ Der unter „17“ im Würzburger Schlüssel berechnete Anteil an der Diagnose (konstitutionelle) Nervosität erreichte bei den Frauen, zusammen mit der anteilmäßig maximalen Nennungszahl der Neuropathie, 1943 seinen Höhepunkt (4,0%). Bei den Männern fiel dieser Prozentsatz mit 6,5% im Jahre 1935 am höchsten aus – derselbe Zeitraum, in dem auch die Psychopathie beim männlichen Geschlecht in der Einzelzählung Maximalwerte erlangte. Insgesamt hätte also die Gruppe der Psychopathie im Würzburger Schlüssel („16“) unter Hinzuziehung der (endogenen) Nervosität noch um einige Prozentpunkte höher beziffert sein können, doch war eine eindeutige Zuordnung wegen des diagnostischen Verschwimmens der verschiedenen Krankheitsformen nicht möglich. Das Beispiel des Patienten H. O., der laut Standbuch 1941 aufgenommen wurde, erläutert diese Schwierigkeit: Mit der Eintragung „Konstit. Nervosität. Neurasthen. Erschöpfungszustand“ unter Krankheitsform im Standbuch werden zwei Diagnosen verbunden, die laut Reichardt eigentlich ätiologisch auseinander zu halten gewesen wären. Entsprechend war beschlossen worden – nach der im Gliederungspunkt des methodischen Vorgehens beschriebenen Empfehlung Grotjahns zur Verwendung des Würzburger Schlüssels – die Nervosität unter einer neutralen Gruppe („17“) zu führen.

³⁴⁷ Ebda. S. 315.

³⁴⁸ Nach Reichardt zählten zu dieser Gruppe ja, wie bereits erwähnt, die Neuropathie, die exogen nervösen Erschöpfungszustände und die Entschädigungsreaktion. Sowohl die konstitutionelle Nervosität als auch die nervösen Erschöpfungszustände (entspricht der Neurasthenie) hätten abnorme subjektive Ermüdbarkeit und gesteigerte Reizbarkeit gezeigt. Außerdem sei, neben einem ohne äußere Ursachen bedingten Teil der endogenen Nervosität, der andere Teil ebenso reaktiv ausgelöst. Und auch begrifflich war die Nervosität lange synonym zur Neurasthenie und den Erschöpfungszuständen verwendet worden.

Vgl. Ebda. S. 455ff. und S. 291ff.

Vgl. GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 71.

³⁴⁹ Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 291.

Mit Hilfe der Diagramme aus Abbildung 29 (vgl. Anhang), deren prozentualer Datensatz den Zählungen jeder einzelnen Nennung der Diagnosen Psychopathie und Neuropathie entspricht, sollte noch einmal die zeitliche Entwicklung der Vergabehäufigkeit abgebildet werden. Die Neuropathie, deren Begrifflichkeit 1926 zum ersten Mal im Standbuch auftauchte, nahm demnach bei den Männern vor allem ab dem Jahre 1933 deutlich zu mit einem Maximalwert (22% der einzeln gezählten Begrifflichkeiten, 12,6% „17b“ im Würzburger Schlüssel) im Jahre 1943. In jenem Jahr erreichte auch der Frauenanteil mit dieser Diagnose mit über 20% seine höchste Bezifferung (entsprechend 16,7% im Würzburger Schlüssel), nachdem der weibliche Anteil am manisch depressiven Formenkreis seit 1925 kontinuierlich gesunken war. Dennoch spiegelt sich insgesamt eine klare Geschlechterdifferenz bezüglich der Diagnosehäufigkeit an Neuropathie zu Gunsten der Männer wider (m:w=8,4%:5,7%). Dieses Verhältnis entspricht der allgemeinen Annahme, dass die mit der Neuropathie begrifflich sowie symptomatisch verschwimmende Neurasthenie bei Männern wegen scheinbar höheren Anforderungen an deren Nervensystem stärker ausgeprägt vorgekommen wäre.³⁵⁰ Gerade mit längerer Kriegsdauer, so steht es in einer Würzburger Dissertation von 1919, hätten die psychopathischen Reaktionen unter den männlichen Soldaten zugenommen. Als Begründung heißt es: „Psycho- und Neuropathen [...] erliegen den körperlichen Anstrengungen leicht und erleiden durch allerlei Einflüsse [...] leicht länger dauernden Schaden in psychischer und nervöser Hinsicht.“³⁵¹ Nicht nur Soldaten mit psychopathischen oder neuropathischen Beschwerdebildern wurden schließlich in großer Zahl zur Begutachtung in der Würzburger Universitätsnervenklinik vorgestellt.

Außerdem hätte die Neurasthenie seit jeher bei Männern als „Statuszeichen“, gar als „Voraussetzung außerordentlicher, ja genialer Leistungen“ gegolten,³⁵² im Gegensatz zu dem bei den Frauen häufiger gezählten, gesellschaftlich negativ behafteten manisch-depressiven Irresein. Auch heute noch gilt die unter Psychiatern als Diagnose umstrittenen Krankheits-

³⁵⁰ Vgl. GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 95.

³⁵¹ SCHMIDT, H. 1919. Die Behandlung der nervösen Zustände bei Soldaten am Reserve Lazarett Würzburg, Abtlg. Münzschule, Neurotiker-Lazarett für das rechtsrheinische II. A.-K. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger. S. 7.

³⁵² FISCHER-HOMBERGER, E. 2010. Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: BERGENGRUEN, MAXIMILIAN U.A. (ed.) *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur*. Freiburg: Rombach Verlag. S. 23.

form des „Burnouts“,³⁵³ welche ebenso wie die Neurasthenie zu seiner Zeit zum „Modebegriff“ fungiert,³⁵⁴ als „Managerkrankheit“, also als Erkrankung der beruflich verantwortungstragenden, übermäßig männlichen Patienten.³⁵⁵ Dabei würde hinter mehr als der Hälfte der als „Burnout“ getarnten Fälle bei Männern eine unter anderem durch Dauerstress und Leistungsdruck multifaktoriell ausgelöste, endogene Depression stecken.³⁵⁶

Bei der Psychopathie war im Gegensatz zur Neuropathie das Geschlechterverhältnis sowohl bei der Einzelzählungen (m:w=12,2%:11,0%), als auch nach der Auswertung des Würzburger Schlüssels ausgeglichen. Bei Blick auf Abbildung 29 wird offensichtlich, dass diese Diagnose bei den Frauen seit ihren Erstnennungen 1925, 1937 mit etwa 20% aller einzeln gezählten Begrifflichkeiten in der Häufigkeit ihren Höhepunkt erreichte. Dass nach der Auswertung des Würzburger Schlüssels der weibliche Anteil an der Diagnose Psychopathie mit 13% erst 1943 am höchsten ausgefallen ist, liegt an der häufigen Zweitnennung der Psychopathie. Insgesamt wird innerhalb der oft kombinierten Paarung der Diagnosen Psychopathie und Neuropathie wechselnd in ihren Erst- (entspricht Hauptdiagnose) und Zweitnennungen variiert. Die regelmäßige Kombination dieser beiden Krankheitsformen sei dabei nach Reichardt durch die „engen Verbindungen zwischen Psyche und vegetativen Funktionen“ bedingt.³⁵⁷ So ergäbe sich bei einem zusätzlichen Vorliegen psychopathischer Anlagen bei bestehenden „neuropathischen Konstitutionsanomalien“ näherungsweise ein Krankheitsbild, „was die innere Medizin Neurasthenie nennt“.³⁵⁸ Der Internist Julius Bauer umschreibt die Neuropathie als disponierende Anomalie der Körperverfassung, die meist nur zusammen mit der Psychopathie als psychische Reaktionsform zum Krankheitsbild der Neurasthenie führen würde. Die

³⁵³ Wie bei der Neurasthenie und auch der Neuropathie zeigen die Patienten unspezifische, somatoforme Störungen mit unter anderem Energiemangel und Einschränkungen der Kognition. Ebenso besteht beim Burnout, wie auch der Neurasthenie (nach Reichardt nervöser Erschöpfungszustand), eine enge Assoziation zur Belastung im Beruf.

Vgl. BURISCH, M. 2014. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe*, Berlin, Springer. S. 5ff.

Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 464.

Vgl. GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 107ff.

³⁵⁴ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 455.

³⁵⁵ KURY, P. 2012. *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*, Frankfurt u.a., Campus. S. 119.

³⁵⁶ Vgl. MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. 2016. Hinter einem Burnout steckt oft eine Depression. In: STOLL, ANGELA (ed.). Augsburg: Augsburgische Allgemeine.

³⁵⁷ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 458.

³⁵⁸ Ebd. S. 461.

lediglich neuropathisch Veranlagten würden hingegen – neben vagotonischen Symptomen im Gesunden – meist unauffällig bleiben.³⁵⁹

Die 1933 auffallend niedrige Datierungshäufigkeit der Psychopathie korreliert mit dem höchsten Anteil (52,1%) an einzeln gezählten Diagnosen der Schizophrenie bei den Frauen. Gleichzeitig fällt mit dem Erreichen des Maximalwerts der Kategorie „16“ nach dem Würzburger Schlüssel 1943 der niedrigste Anteil an Schizophrenie bei den Frauen seit 1925 (18,1%) zusammen, was in Zusammenschau für eine differentialdiagnostisch bedingte Verschiebung der Patienten innerhalb dieser Diagnosegruppen spricht. So wurde entsprechend der heutigen Unterteilung der nach ICD-10 unter F6 codierten Persönlichkeits- und Verhaltensstörung³⁶⁰ auch in Weygandts Lehrbuch von 1935 bereits eine „Schizoide“ Persönlichkeitsstörung als Untergruppe der Psychopathie beschrieben,³⁶¹ welche 1923 bei Bleuler als „latente Schizophrenie“ noch zur schizophrenen Psychose gezählt hatte.³⁶² In ähnlicher Weise könnte es sich auch mit den unter „17a“ gezählten Diagnosen der „Paranoia“ und „Hypochondrie“ verhalten haben, deren Anteile nach sehr regelmäßigen Nennungen bis 1925 verschwindend gering wurden. Ähnlich der Schizophrenie (vgl. unten) sind derart symptomatische Patienten wahrscheinlich unter der Gruppe der Psychopathien zusammengefasst worden.³⁶³

Bei den Männern ist in Abbildung 29 mit etwa 20% in den Jahren 1933 und 1935 der höchste Wert für die anteilmäßige Nennung der Psychopathie abzulesen und auch nach den Auswertungen des Würzburger Diagnoseschlüssels ist im Jahre 1933 bei den Männern mit 14,5% an Psychopathen der höchste Prozentsatz erreicht. Danach kommt es, ähnlich wie bei den Frauen, zu einem leichten Absinken der berechneten Häufigkeit der Einzelzählungen, stattdessen steigt die der Neuropathie an und übersteigt Anfang der vierziger Jahre erstmals sogar leicht den Prozentsatz der gezählten Psychopathien.

Dass die allgemeine Zunahme der Psychoneurosen auch in Zusammenhang mit dem Absinken der Datierungen der Epilepsie ab Anfang bis Mitte der zwanziger Jahre stehen könnte, soll ein anderer Fall der Krankenakten zeigen: der am 21.9. bis zum 3.10.1939 in der Würz-

³⁵⁹ Vgl. BAUER, J. 1924. *Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten*, Berlin, Verlag von Julius Springer. S. 190f.

³⁶⁰ Vgl. WELTGESUNDHEITSORGANISATION 2014. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostischen Leitlinien*, Bern, Hans Huber. S. 59ff.

³⁶¹ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 608ff.

³⁶² Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 331.

³⁶³ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 600ff.

burger Klinik aufgenommene Herr K. K. wurde wegen „Anfällen“ vom Fliegerhorst der Luftwaffe gebracht.³⁶⁴ Den ersten dieser Anfälle hätte er im Rahmen eines Eilmarsches mit Angstgefühl und Bruststechen erlebt. Zwar hätte er dabei, neben Schaum vor dem Mund, auch eine Bewusstlosigkeit und Amnesie geboten, weitere typische Symptome der Epilepsie sowie eine epileptische Wesensveränderung fehlten aber. Deshalb wurden dem Patienten reaktive tetanoide Zustandsbilder aufgrund „anfallsmäßiger Neuropathie, d.h. nervöser Übererregbarkeit“ diagnostiziert. Mit den zusätzlich ermittelten, „erheblich[en; A.M.] psychopathischen Züge[n; A.M.]“ bei dem wegen „Hochstapelei“ zu 20 Monaten Gefängnis Verurteilten³⁶⁵ ergab sich somit ein zur genuinen Epilepsie differentialdiagnostisch abzugrenzendes Krankheitsbild der reaktiven, „epileptoiden Reaktionen“.³⁶⁶ Diese könnten nach einer von Reichardt betreuten Dissertation bei entsprechend psychopathischer Veranlagung auf äußere psychische Anlässe hin anfallsartig ausgelöst werden und dem Bild einer genuinen Epilepsie ähneln. Gerade weil die Psychopathie grundsätzlich sowieso häufig kombiniert mit der ebenfalls endogen angelegten Epilepsie auftreten würde, wäre eine Unterscheidung dieser Krankheitsbilder besonders schwierig.³⁶⁷ Es ist wahrscheinlich, dass der genannte Fall vor Verwendung der Begriffe der Psychopathie und Neuropathie wahrscheinlich unter den epileptischen Anfällen eingeordnet worden wäre.

Da Psychoneurosen „in der unmittelbaren Nachbarschaft der Normalität“ auftreten würden und deshalb nur vereinzelt Leidensdruck unter den Betroffenen und der Umgebung entstehen würde, erfolge oft keine Behandlung.³⁶⁸ Falls doch, seien leichte psychische Störungen im Sinne von Neurosen eher ambulant in Arztpraxen behandelt worden, da die Psychiatrischen Universitätskliniken um 1900 vor allem auf die Erforschung endogener Psychosen konzentriert gewesen seien.³⁶⁹ Dementsprechend lagen die Zahlen der in Kliniken wegen abnormen Reaktionen, Neurosen oder Psychopathien Behandelten nach Statistiken aus den

³⁶⁴ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 610, aufgenommen am 21.9.1939, entlassen am 3.10.1939.

³⁶⁵ Hier verdeutlicht sich die kriminologische und „asoziale“ Assoziation der Psychopathie. „Asozial“ wurde unter den Krankheitsformen der Standbücher des Öfteren als Zusatz zur Diagnose Psychopathie verwendet. Vgl. SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck. S. 367f.

³⁶⁶ DRESCHER, F. 1919. Epilepsie und Unfallbegutachtung; IV. Epilepsie und Psychopathie. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger. S. 7.

³⁶⁷ Vgl. Ebda. S. 7ff.

³⁶⁸ GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media. S. 7.

³⁶⁹ Vgl. BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber. S. 361.

fünfziger und sechziger Jahren auch nur bei maximal 10%.³⁷⁰ Doch warum waren dann die Nennungen der Neuropathie und Psychopathie als Aufnahme Diagnosen ab 1925 mit Reichardts Übernahme der Klinikleitung so stark zunehmend? Einerseits liegt das sicherlich daran, dass die Abgrenzung abnormer Anlagen, die sich primär im vegetativen Nervensystem äußerten, von denen, die zunächst nur das Seelenleben betreffen, ein Forschungsgebiet Reichardts darstellte.³⁷¹ Insbesondere weil derartige Störungen – wie die unten beschriebene, stichprobenartige Untersuchung der Krankenakten noch zeigen wird – andererseits auch häufig in Zusammenhang mit den zahlreichen Unfallbegutachtungen in Würzburg, dem Steckenpferd Reichardts, aufzutreten pflegten. So begründeten zeitgenössische Psychiater den Anstieg dieser Diagnosegruppe gerade mit dem „Ausbau des Versicherungs- und Fürsorgewesens“.³⁷² Es könnten auf dem Boden psychopathischer oder neuropathischer Konstitutionen durch bestimmte Ereignisse, wie einem Unfallgeschehen, neuropathische oder psychopathische Reaktionen ausgelöst werden, sofern ein enger zeitlicher Zusammenhang zur auslösenden, belastenden Situation bestünde.³⁷³ Beispielsweise heißt es dazu in Reichardts Lehrbuch: „Alle Anlässe, welche beim gesunden Menschen [lediglich; A.M.] eine traurige Verstimmung hervorrufen [...], können bei entsprechender Anlage zu pathologischen depressiven Reaktionen führen.“ Ebenso könnten neuropathische Erscheinungen, neben einem möglichen autochthonen Auftreten, als Reaktion „auf psychische Anlässe oder Einflüsse“ hin in Erscheinung treten, zum Beispiel als Schreckreaktionen mit „gesteigerte[r; A.M.] und auch länger dauernde[r; A.M.]“ Symptomatik als beim nicht neuropathisch Veranlagten.³⁷⁴ Dementsprechend steht in dem für das bayrische Militärgericht in Würzburg ausgestellten Gutachten über den Patienten K.G. geschrieben: „die äussere Einwirkung [im Kriegsdienst; A.M.], die von ganz gesund veranlagten Menschen ohne weiteres überstanden wird, genügte bei G., um eine abnorm seelische Reaktion hervorzurufen.“ Das bestehende Nervenleiden wurde folglich nicht auf den Kriegsdienst als Ursache zurückgeführt, vielmehr wurde es als eine Schutz- und Abwehrreaktion auf einen bevorstehenden, militärischen Wiedereintritt

³⁷⁰ Vgl. BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Gerorg Thieme Verlag. S. 26f.

³⁷¹ Vgl. REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 283ff. und S. 458ff.

³⁷² GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 101.

³⁷³ Vgl. BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Gerorg Thieme Verlag. S. 31.

³⁷⁴ REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 459.

gewertet. Insgesamt verbergen sich mutmaßlich hinter vielen der, unter Krankheitsform mit Neuropathie und Psychopathie gekennzeichnet Patienten „zur Begutachtung“ Aufgenommene, zumal letztere Angabe als Krankheitsform im Standbuch ab Ende der dreißiger Jahre nicht mehr auftaucht (vgl. unten).

2.5.3. Neurologische Krankheitsformen, psychische Störungen des höheren Lebensalters, Epilepsie und Schwachsinn

Gerade neurologische Krankheitsformen hätten seit Beginn des 20. Jahrhunderts „aufgrund der Verfeinerung des diagnostischen Könnens“ in den Nervenkliniken „auffällig stark“ zugenommen.³⁷⁵ Dementsprechend erhielten in Würzburg aufgenommene Patienten zu 15,7%, nach den hier vorliegenden Auswertungen der in das Standbuch eingetragenen Krankheitsformen nach dem Würzburger Schlüssel, eine primär neurologische Diagnose zugeschrieben. Knapp vor der Schizophrenie und leicht hinter den abnormen Reaktionen reiht sich diese Diagnosegruppe also auf dem zweiten Rang der Häufigkeitsskala ein – schließlich umfasst sie ein weitreichendes Feld an multiplen Erscheinungsbildern. So wurden Angaben aus dem Standbuch darunter gezählt wie: Parkinson, Polyneuritis, Narkolepsie, Parese, Ischias, Poliomyelitis, Trigemminusneuralgie, Plexusschädigungen, Syringomyelie, degenerative Rückenmarkserkrankungen, Hämatomyelie oder auch die 1921 im Standbuch erstmals genannte Diagnose der Multiplen Sklerose, deren Nennung sich Ende der dreißiger Jahre verdichtete. Betroffene dieses Erkrankungsbildes würden zwar regelmäßig psychische Störungen aufweisen, doch würde die Diagnose primär auf einen neurologischen Defekt beruhen.³⁷⁶ Ähnlich verhält es sich mit „Hirngeschwülsten“, die „psychisch ohne schwere Erscheinungen verlaufen“ könnten.³⁷⁷ Aufgrund der Schwierigkeit der Kategorisierung derartiger Angaben innerhalb der Kategorien des Würzburger Schlüssel wurden sie, genauso wie Hirnerschütterungen und -blutungen, beim Fehlen weiterer Angaben über psychische Auffälligkeiten primär den neurologischen Zustandsbildern zugeordnet.

„Äußere Faktoren“, die genau auf dieses subjektive Ermessen der Diagnoseeinordnung Einfluss nehmen können, macht Flügel in seiner Studie für die stark voneinander abweichenden

³⁷⁵ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 101.

³⁷⁶ Vgl. BLEULER, E. 1923. Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 180.

³⁷⁷ *Ibid.* S. 180.

Prozentsätze an neurologischen Krankheiten an den deutschen Nervenkliniken verantwortlich.³⁷⁸ Während in Kliniken wie Halle oder Greifswald der Anteil im Jahresschnitt zwischen 1933 und 1935 bei über 30% lag, wurden für andere Nervenkliniken, wie der in Würzburg mit 3,8% Anteil, vergleichsweise sehr niedrige Häufigkeiten angegeben.³⁷⁹ Gleich in mehrfacher Hinsicht verwunderlich wirkt dieser geringe Prozentsatz für Würzburg beim Anblick des deutschen Durchschnittswertes von 1936 mit 14,2%,³⁸⁰ und noch vielmehr des, aus den hier gezählten Angaben der Standbücher errechneten Schnittes der Jahre 1933 und 1935 von 17%. Dabei würde gerade dieser überdurchschnittlich hohe Satz an neurologischen Krankheiten in Würzburg die bereits dargestellte neurologische Betonung der Klinik, insbesondere seit Reichardt, unterstützen. Doch offensichtlich wurden einige der in dieser Arbeit als primär neurologische Krankheitsbilder eingestuften Diagnosen durch Würzburger Klinikärzte im Würzburger Schlüssel an anderer Stelle aufgeführt. So hätten wahrscheinlich mehrere der eingangs skizzierten organischen Nervenkrankheiten wie Parkinson, MS oder Hirntumore bei anderer subjektiver Krankheitsauslegung den „Psychischen Störungen bei andern Hirnkrankheiten“ im Würzburger Schlüssel („8“) zugeteilt werden können. Außerdem wurden bei den hier vorliegenden Auswertungen sicherlich mehr Hirnerschütterungen und Hirnblutungen, da sie laut Literatur auch psychisch unauffällig verlaufen konnten, den neurologischen Krankheitsformen zugewiesen, als es anscheinend das Würzburger Personal machte. Gerade die vielen, zu den neurologischen Krankheitsbildern miteingerechneten Schädel-Hirn-Traumata scheinen das hier errechnete Geschlechterverhältnis, mit einem starken Überwiegen des Männeranteils mit 18,5% an neurologischen Diagnosen im Gegensatz zu 9,7% bei den Frauen, beeinflusst zu haben.

Noch eine weitere große Diagnosegruppe, die der Hirnarteriosklerosen, deren hohe Nennungshäufigkeit 1939 (9,0%) mit dem im zeitlichen Verlauf höchsten Anteil an neurologischen Diagnosen (15,3%) bei den Frauen zusammen fällt, hätte, anstelle der Zuordnung zu den neurologischen Krankheitsbildern (vgl. Methodik), nach verschiedenen Abwägungen ebenso zu den „psychischen Störungen des höheren Lebensalters“ („6“) verwiesen werden können. Dies zeigt sich zudem daran, dass mit insgesamt 3,4% Anteil diese Krankheitsformen des fortgeschrittenen Lebensalters in der hier vorliegenden Auszählung deutlich geringer

³⁷⁸ FLÜGEL, F. 1938. Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 286–276. S. 271.

³⁷⁹ Vgl. Ebda. S. 270.

³⁸⁰ Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63. S. 63.

vertreten waren als im deutschen Durchschnitt 1936 mit 9%.³⁸¹ Bei den Patienten der Wittenauer Heilstätten waren sie mit rund 30% sogar die am häufigsten genannte Diagnoseform.³⁸² Ab den vierziger Jahren stieg auch in Würzburg mit zunehmendem Altersdurchschnitt dieser Anteil, insbesondere der „präsenilen Formen“, auf bis zu rund 6% an, wozu hier unter anderem Angaben über depressive Störungen ab etwa dem 50. bis 60. Lebensjahr bei den Frauen und etwa ab dem 60. Lebensjahr bei den Männern gezählt wurden.³⁸³ Nach Bleuler hätte zwar genauer darauf geachtet werden müssen, die Gruppe der altersbedingten, organischen Syndrome frei von angeborenen Erscheinungen des manisch-depressiven Irreseins desselben Alters frei zu halten,³⁸⁴ doch Weygandt relativiert mit der Annahme über eine ebenfalls erbliche Anlage der Hirnarteriosklerose und Altersschwachsinn diese strikte, ätiologische Trennung,³⁸⁵ welche mit den hier vorliegenden Patienteninformationen sowieso nicht machbar gewesen wäre. Gerade bei den Frauen scheint also die Kategorisierung der Hirnarteriosklerose, deren Nennungszahlen sich vor allem ab 1933 auffallend steigerten, unter den neurologischen Krankheiten durchaus einen merklichen Einfluss auf den anteilmäßigen Verlauf gehabt zu haben.

Der maximal hohe Anteil an Nennungen der (Hirn-)Arteriosklerose bei den Männern war mit 12,3% 1945 erreicht, gleichzeitig war bei den Frauen in diesem Jahr mit knapp 7% auch die Datierungshäufigkeit der Demenz – im Sinne einer Altersdemenz – relativ hoch. Doch trotzdem, dass Alzheimer bereits seit längerem die Alzheimer Krankheit als histopathologisch abgrenzbare Sonderform der senilen Demenzen entdeckt hatte, war eine Festlegung auf eine spezielle Demenzform unter der Krankheitsform im Standbuch nur ganz vereinzelt vorgenommen worden. Ärzte jener Zeit erklärten die seltene Diagnosestellung, trotz des vorhandenen wissenschaftlichen Wissens, mit einer regelmäßigen „Diskrepanz der anatomischen Befunde und des klinischen Zustandsbildes“.³⁸⁶

³⁸¹ Vgl. Ebda. S. 63.

³⁸² Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 342.

Entsprechend war bei den Patienten der Wittenauer Heilstätten auch der Altersdurchschnitt deutlich höher als beim Würzburger Patientenkontext (vgl. oben).

³⁸³ Zu den Altersgrenzen vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 357.

³⁸⁴ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 207.

³⁸⁵ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 6.

³⁸⁶ GROSCH, H. 1946. Klinisch-hirnpathologische Studien bei der Alzheimerschen und Pickschen Krankheit. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 179, 568–598. S. 570.

Insgesamt ist die im Rahmen der Studie berechnete Zahl an neurologischen Diagnosen im Vergleich zwar zu hoch ausgefallen, dennoch ermöglicht die konsequent durchgeführte Einteilung die Beurteilung einer zeitlichen Verlaufsentwicklung. So soll unter Zuhilfenahme von Abbildung 30 (vgl. Anhang) unter anderem die Frage geklärt werden, ob auch in Würzburg ein Anstieg an neurologischen Diagnosen zum Zeitraum der Aktion T4 verzeichnet werden konnte, wie es laut den Ergebnissen der Vergleichsstudie aus München der Fall war. Nach den Autoren möglicherweise zum Schutz der Patienten vor der Euthanasie, konnte darin für die Monate zwischen Oktober 1939 und August 1941 im Vergleich zu einem gleich langen Zeitraum vor der Aktion T4 für die Nervenlinik München ein signifikanter Anstieg der Krankheitsform „Nervenkrank ohne psychische Störung – eine [laut Studienleiter; A.M.] damals ungefährliche Diagnose, die nicht zu einer Involvierung in „T4“ führte“, festgestellt werden.³⁸⁷ Bei Betrachtung von Abbildung 30 lässt sich ein dementsprechender anteilmäßiger Anstieg der Diagnosegruppe „20“ des Würzburger Schlüssels für die Würzburger Klinik nicht notieren, aber fällt ein schon lange vor der Euthanasie Aktion T4 beginnende Steigerung des Prozentsatzes an neurologischen Diagnosen, sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen, ins Auge. Hierbei zeigt der Kurvenverlauf der weiblichen Aufnahmen einen konsequenten Anstieg vor allem zwischen 1925 und 1929 (1,7% auf 9,1%) mit einem schon beschriebenen Maximalwert 1939 (15,3%). Bei den Männern ist eine massive Zunahme des Anteils zwischen 1925 und 1927 dargestellt (2,6% auf 20,6%), woraufhin sich ein konstanter Verlauf abbildet. Es fällt also auf, dass die Häufigkeitssprünge der primär neurologisch erscheinenden Krankheitsbilder nach oben mit der Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt in Zusammenhang stehen müssen. Besonders da die mit der stark angestiegenen Zahl an Begutachtungen assoziierten Schädeltraumata bei fehlendem Hinweis auf etwaige psychische Auffälligkeiten den primär neurologischen Störungen (vgl. Methodik) zugewiesen worden sind. Eine Assoziation zwischen der Zunahme neurologischer Krankheitsbilder und einem etwaige bewussten Notieren dieser aus Schutzgedanken des Personals heraus, kann in Zusammenschau für die Würzburger Nervenlinik jedoch nicht festgehalten werden. Zumal die Arbeitsfähigkeit und das soziale Verhalten der Patienten bei der Auswahl der Opfer der Aktion T4 eine viel bedeutendere Rolle gespielt zu haben scheinen.

³⁸⁷ JÄHNEL, D. 2015. Die Nervenlinik München während der "Aktion T4". *Nervenheilkunde*, 4/2015, 285–292. S. 285ff.

Genauso wenig ist eine vielleicht andersrum gezielte Mehrverwendung erbbiologisch relevanter und auf den Meldebögen zur Aktion T4 zu vermerkender Diagnosen (vor allem Schizophrenie, Epilepsie, senile Erkrankungen, Paralyse, Schwachsinn, Enzephalitis, Huntington) anzunehmen.³⁸⁸ Offensichtlich wird dies unter anderem bei Betrachtung des zeitlichen Verlaufs der Verwendung der Begrifflichkeiten der Epilepsie und des Schwachsinns in den Diagrammen der Abbildung 31 (vgl. Anhang). Die epileptischen und epileptiformen Anfälle, die mit der genuinen Epilepsie und den epileptiformen Erscheinungen bei organischen Hirnkrankheiten „alle diejenigen anfallsartigen Störungen, die ganz aus inneren Gründen auftreten“, einschließen würden,³⁸⁹ waren ab Mitte der zwanziger Jahre in Würzburg mit 4,8% Anteil³⁹⁰ nach dem Würzburger Schlüssel relativ konstant vertreten. Nach einer, aus Abbildung 31 zu entnehmenden, maximalen Nennungshäufigkeit derartiger Krankheitsformen 1919 bei den Frauen (entspricht 13,2% nach der Auswertung des Würzburger Schlüssels) und 1923 bei den Männern (entspricht 14,5% nach der Auswertung des Würzburger Schlüssels), waren keine weiteren auffallenden Schwankungen der anteilmäßigen Begriffszählung zu vermerken. Dieser Trend entspricht den Untersuchungen von Gallus für den Zeitraum 1910 bis 1930 nach der Preußischen Anstaltsstatistik, in denen auch er aus rassenideologischer Sicht keinen „bedrohlichen Charakter“ der Zunahme an Epileptikern feststellen konnte,³⁹¹ und das trotz der Tatsache, dass bezüglich der Epilepsie „der einwandfreie Beweis erbracht werden [konnte; A.M.], daß Genwirkungen im Kausalkomplex des Epilepsiesyndroms eine entscheidende Rolle spielen“.³⁹² Obwohl die Krankheit während des rassenideologisch geprägten Untersuchungszeitraums demnach in aller Munde gewesen sein muss, war in Würzburg die Diagnose im Vergleich zum deutschen Durchschnitt von 7,5%³⁹³ selten vertreten. Auf der einen Seite mag dies in der steigenden Zahl an Vermerken über neuropathische und psychopathische Konstitutionen begründet sein (vgl. oben), auf der anderen Seite könnte eine in vielen Fällen

³⁸⁸ Vgl. Ebda. S. 287.

³⁸⁹ DRESCHER, F. 1919. Epilepsie und Unfallbegutachtung; IV. Epilepsie und Psychopathie. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger. S. 46.

³⁹⁰ Der für den gesamten Zeitraum hier berechnete Durchschnitt von 4,8% Epilepsie („13“ im Würzburger Schlüssel) entspricht den in dem Artikel von Flügel vermerkten Anteil von 4,7% an Epilepsiediagnosen der Würzburger Aufnahmen zwischen 1933 und 1935.

Vgl. FLÜGEL, F. 1938. Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 286–276. S. 270.

³⁹¹ GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102. S. 101.

³⁹² CONRAD, K. 1939. Der Erbkreis der Epilepsie. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Marburg: Julius Springer Verlag. S. 983.

³⁹³ Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63. S. 63.

durchgeführte, direkte Aufnahme in die Heil- und Pflegeanstalten ohne vorherige Klinikaufnahme mit hinein gespielt haben.³⁹⁴

Die ebenfalls in den Diagrammen der Abbildung 31 (vgl. Anhang) aufgezeichnete, zeitliche Veränderung der anteilmäßigen Begriffszählungen debiler, schwachsinniger, imbeziller oder oligophrener Persönlichkeiten zeigt für beide Geschlechter – bei Frauen auf höherem Niveau als bei Männern – eine prozentuale Erhöhung derartiger Bezeichnungen ab etwa 1937. Dass diese Angaben oft nur als Diagnosezusatz von zum Beispiel Schizophrenen oder Psychopathen verwendet wurden, wird klar bei Durchsicht der Eintragungen in den Standbüchern. Doch auch insgesamt zeichnet sich ein Anstieg des Prozentsatzes der Diagnosegruppe „1“ nach dem Würzburger Schlüssel auf rund 5 bis maximal knapp 10% ab,³⁹⁵ welche Entwicklung mit Anteilen an Schwachsinnszuständen nach dem Würzburger Schlüssel 1937 von 4,5% bei den Männern und 6% bei den Frauen annähernd dem deutschen Durchschnitt von 4,9% aus dem Jahre 1936 entsprach.³⁹⁶ Auch Gallus hielt in seinen Auswertungen schon vor 1930, seiner Meinung nach wegen der erhöhten Fruchtbarkeit entsprechender Ehen, einen starken Anstieg dieser Diagnosegruppe fest.³⁹⁷ Nach Weygandt würden Entwicklungsstörungen im Kindesalter andere psychiatrisch klinische Diagnoseformen, wie zum Beispiel die Schizophrenie, zahlenmäßig sogar weit übertreffen,³⁹⁸ eine Klinikaufnahme scheint aber bei leichteren Formen oder nach direkter Anstaltsverweisung nicht regelmäßig erfolgt zu sein.³⁹⁹

Insgesamt war die vermehrte Verwendung stigmatisierender Zusätze und Diagnosen über die Entwicklungszustände der Patienten an der Würzburger Klinik sicherlich durch die Erbgesetzgebung der nationalsozialistischen Regierung beeinflusst, doch zeigt sich kein Anhalt für einen überdurchschnittlichen, vielleicht bewussten Gebrauch. Schließlich zeichnete sich die-

³⁹⁴ Mit 6,1% der Anstaltsaufnahmen waren 1936 deutschlandweit fast genauso viele Epileptiker in Anstalten aufgenommen worden wie mit 7,5% in die Kliniken.

Vgl. Ebda. S. 63.

³⁹⁵ Nach den Auswertungen der Diagnoseeinteilungen des Würzburger Schlüssels, waren bei den Frauen 1923 und 1941 mit 10,1% und 9,8% und bei den Männern 1943 und 1945 mit 6,3% und 6,4% die maximalen Anteile an Schwachsinnszuständen ohne nachweisbare Ursachen vermerkt.

³⁹⁶ Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62-63. S. 63.

³⁹⁷ Vgl. GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94-102. S. 100.

³⁹⁸ Vgl. WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold. S. 373.

³⁹⁹ 16% der deutschlandweiten Anstaltsaufnahmen im Jahre 1936 hatten die Diagnose Schwachsinn. Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62-63. S. 63.

ser Trend auch an anderen Kliniken ab⁴⁰⁰ und bei der Auswahl der Opfer der Aktion T4 wurden vielmehr, wie bereits erwähnt, die Leistungsfähigkeit und das Sozialverhalten berücksichtigt. Und diese Eigenschaften seien gerade bei geistig Benachteiligten oft besonders gut gewesen. In einer Würzburger Dissertation von 1919 heißt es dazu über die Kriegsfähigkeit Intelligenzgeminderter: „Schwachsinnige genügen sehr häufig den an sie gestellten Anforderungen, sofern sie nicht in die Lage kommen, selbst führende eingreifen zu müssen.“⁴⁰¹ Gerade „vorwiegend intellektuell Schwachsinnige“ würden, im Gegensatz zu „charakterlich Schwachsinnige[n; A.M.]“, meist „soziale Brauchbarkeit“ aufweisen.⁴⁰² Wenn auch keine Zuführung zur Aktion T4, bewirkten die Würzburger Klinikärzte durch ihre zeitgemäß häufige Vergabe „schwachsinniger Krankheitsformen“ doch nicht nur eine gesellschaftliche Degradierung der Betroffenen,⁴⁰³ sondern auch die Gefahr einer Zwangssterilisation.

2.5.4. Schizophrenie

Die unter den zwischen 1919 und 1945 aufgenommenen Frauen mit Abstand am häufigsten vergebene Diagnoseform stellt – wie bereits mehrfach erwähnt – mit 29,4% die schizophrene Psychose dar. Auch wenn dieser Wert im Vergleich zu den übrigen Auswertungszahlen hoch erscheint, liegt er sogar im unteren Bereich des von Luxenburger angegebenen Anteils von 20 bis 50% an Schizophrenen unter den Klinikaufnahmen im deutschen Raum,⁴⁰⁴ und deutlich niedriger als der von Heyde geschätzte Anteil von rund 40% schizophrenen Patienten unter den Aufnahmen in die psychiatrischen Kliniken.⁴⁰⁵ Mit einem massiv geringeren Anteil an Männereintritten in Würzburg mit entsprechender Krankheitsform (9,2%) ergibt

⁴⁰⁰ Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 357.

⁴⁰¹ SCHMIDT, H. 1919. Die Behandlung der nervösen Zustände bei Soldaten am Reserve Lazarett Würzburg, Abtlg. Münzschnle, Neurotiker-Lazarett für das rechtsrheinische II. A.-K. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger. S. 7.

⁴⁰² SCHMITZ, H. 1938. Spätreife und "angeborener Schwachsinn" im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erkrankten Nachwuchses. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 21–37. S. 35.

⁴⁰³ Geistig Benachteiligten wurde eine „Verkümmerung der Gesamtpersönlichkeit“ nachgesagt. BRUGGER, C. 1939. Die Vererbung des Schwachsinn. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Basel: Verlag von Julius Springer. S. 45.

⁴⁰⁴ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 777.

⁴⁰⁵ Vgl. HEYDE, W. 1936. Erbliche und nichterbliche Geistesstörungen. *Die Umschau; illustrierte Wochenschrift über die Fortschritte in Wissenschaft und Technik*, 18, 341–344. S. 342.

sich für den gesamten Zeitraum sogar nur ein durchschnittlicher Prozentsatz von 15,6%, welcher aber annähernd übereinstimmt mit den Angaben zur Häufigkeit der Diagnose Schizophrenie aus der Irrenstatistik von 1936 und den Auswertungen zu den Patientenaufnahmen der Wittenauer Heilstätten.⁴⁰⁶ Nachdem also die Höhe der errechneten Beträge im deutschlandweiten Vergleich sicherlich keine Besonderheit dargestellt hat, bleibt noch die Frage zu klären, warum sich die Differenz zwischen den Geschlechtern gar so ausgeprägt präsentierte. Sowohl nach Beddies Auswertungen mit einem Verhältnis von Mann zu Frau von 10,5%:29,0%,⁴⁰⁷ als auch nach zeitgenössischen Lehrbuchangaben (10%:21 bis 23%),⁴⁰⁸ entspricht das hier berechnete Geschlechterverhältnis wiederum der durchschnittlichen Verteilung. Zwar würden Frauen nicht häufiger erkranken, doch sei der klare Häufigkeitsunterschied in „der größeren Anstaltsbedürftigkeit schizophrener Frauen“ zu gründen.⁴⁰⁹

Wie bereits im Kapitel zum manisch-depressiven Irresein skizziert wurde, basiert das Krankheitskonzept der Schizophrenie auf den Vorstellungen des Psychiaters Kraepelin, welcher auf den Grundrissideen Kahlbaums – „dem Schöpfer der psychischen Krankheitslehre“⁴¹⁰ – zur Katatonie und Hebephrenie aufbaute.⁴¹¹ Kahlbaum, der als erster Psychiater auf medizinisch-naturwissenschaftlicher Basis Zustandsbilder von Krankheitsformen unterschieden hätte,⁴¹² hatte bereits 1874 nach einer Nomenklatur für das Krankheitsbild gesucht, für welches „eine

⁴⁰⁶ Deutschlandweit wurden 1936 14,2% der Klinikaufnahmen die Diagnose Schizophrenie zugesprochen, Beddies errechnete einen Anteil von 15,5% für den von ihm gesamt betrachteten Zeitraum.

Zudem korrespondieren die hier berechneten Angaben (Durchschnitt 33 und 35: 20,3%) mit dem in Flügels Artikel angegebenen Satz an Aufnahmen mit der Diagnose Schizophrenie in Würzburg zwischen 1933 und 1935 (20%).

Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63. S. 63.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 342.

Vgl. FLÜGEL, F. 1938. Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 286–276. S. 270.

⁴⁰⁷ Die Prozentsätze wurden berechnet nach den Zahlenangaben Beddies.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 355.

⁴⁰⁸ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 778.

⁴⁰⁹ Ebda. S. 778.

⁴¹⁰ BRÄUNIG, P. & KRÜGER, S. 2003. Von der Katatonie und Hebephrenie zur Dementia praecox — Kahlbaums Beitrag zur Entwicklung des modernen Schizophreniekonzepts. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Berlin: Springer Verlag. S. 268.

⁴¹¹ Vgl. Ebda. S. 267f.

⁴¹² Vgl. Ebda. S. 268.

Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 771.

Abänderung in dem Spannungszustand der Muskulatur [...] vorausgesetzt“ wurde.⁴¹³ Als Katatonie oder Spannungsirresein sollte diese, seiner Meinung nach auf exzessive Masturbation zurück zu führende Erscheinungsform,⁴¹⁴ ab sofort bezeichnet werden. Im Verlauf dieses Krankheitsbildes hätten, laut Kahlbaum, psychische Zustandsbilder der Melancholie, Manie, der Verwirrtheit oder des Blödsinns auftreten können.⁴¹⁵ Unter dem von Kraepelin Ende des 19. Jahrhunderts ausgebildeten Konzept der Dementia praecox wurden laut Bräunig und Krüger schließlich die von Kahlbaum geprägten Bilder der Katatonie und Hebephrenie⁴¹⁶ zusammen gefasst.⁴¹⁷ In allgemein kritischer Auffassung über die Bezeichnung der zu beschreibenden Krankheitsform als dementielles Syndrom, entwickelte Bleuler das Kraepelinsche Krankheitskonzept Anfang des 20. Jahrhunderts weiter und prägte 1908 die Nomenklatur der Schizophrenie,⁴¹⁸ welche die symptomatische „Spaltung des gesamten intellektuellen und affektiven Verhaltens“ zum Ausdruck bringen sollte.⁴¹⁹ In der Folgezeit wurden die Dementia praecox und die Schizophrenie synonym verwendet,⁴²⁰ und begriffen die Katatonie als ihre größte Gruppe mit ein.⁴²¹ Diese wurde als motorische Störung mit unter anderem wechselnder Erregung und stuporösem Verhalten, Stereotypien, Negativismus, Echoerscheinungen, Manierismen und Katalepsie deklariert.⁴²²

⁴¹³ KAHLBAUM, K. 2014. *Die Katatonie; Nachdruck des Originals von 1874*, Paderborn, Salzwasser Verlag. S. 23.

⁴¹⁴ Vgl. SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag. S. 206.

⁴¹⁵ Vgl. KAHLBAUM, K. 2014. *Die Katatonie; Nachdruck des Originals von 1874*, Paderborn, Salzwasser Verlag. S. 23f.

⁴¹⁶ Kahlbaum definierte die Hebephrenie als „Verblödung“, die in der Pubertätszeit beginnt und „affektive Störungen“ mit sich bringt.

BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 325.

⁴¹⁷ Vgl. BRÄUNIG, P. & KRÜGER, S. 2003. Von der Katatonie und Hebephrenie zur Dementia praecox – Kahlbaums Beitrag zur Entwicklung des modernen Schizophreniekonzepts. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Berlin: Springer Verlag. S. 268.

⁴¹⁸ Vgl. BERNET, B. 2013. *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900*, Zürich, Chronos Verlag. S. 111ff.

⁴¹⁹ LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 772.

⁴²⁰ Vgl. EWALD, G. 1929. Dementia praecox und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sonderdruck aus dem 123. Band. 2. und 3. Heft, 123*, 465–471. S. 30.

⁴²¹ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 782.

⁴²² Vgl. Ebda. S. 781.

Vgl. WALTHER, S. 2013. *Psychomotorische Störungen; Katatonie* [Online]. Bern. Available: https://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/unterlagen_zu_veranstaltungen.assetref/dam/documents/GEF/UPD/de/Publikationen/Walther_Herbstsymposium_2013.pdf [Accessed 30.12.2016].

Um den Inhalt und die im Folgenden aufgeführten Ergebnisse der Auswertungen der Standbücher und von dreizehn, zum Krankheitsbild der Schizophrenie zufällig ausgewählten Krankenakten besser verstehen zu können, sollen die allgemeinen Grundsymptome der Schizophrenie nach zeitgenössischen Lehrbuchangaben Bleulers an dieser Stelle kurz dargestellt werden. Demnach hätten die Patienten durch Assoziationsstörungen mit einer Zerfahrenheit im Denken, Begriffsverschiebungen und Äußerungen „ohne jeden Zweck“,⁴²³ inkohärent gewirkt. Verallgemeinerungen führten „zum Übergreifen eines Gedankens [...] auf andere Gebiete“,⁴²⁴ Halluzinationen, Illusionen und Wahnideen mit „Abwendung von der Wirklichkeit“⁴²⁵ suggerierten eine gestörte Wahrnehmung und Orientierung. Außerdem könnten durch Depolarisationsstörungen „die Begrenzung des Ich gegenüber anderen Personen, [...] Sachen und abstrakten Begriffen [...] verwischen“.⁴²⁶ Gedankenentzug, Gedankendrängen, „wobei der Patient das Gefühl hat denken zu müssen“,⁴²⁷ und Perseverationen mit Hängenbleiben der Gedanken können die Verständlichkeit beim Zuhörer stark einschränken und im Gesamtbild als Ideenflucht oder Hemmung erscheinen. Weiterhin sei „Affektive Verblödung“ bei schweren Formen „das auffallendste Symptom“, da die Erkrankten – durch eine „affektive Steifigkeit“ ausgelöst – an ihrem indifferenten Verhalten und ihrem autistischen Charakter schnell erkannt werden könnten.⁴²⁸ Dazu gehört neben der Parathymie und der Paramimie auch die Ambivalenz, die sich zum Beispiel in gleichzeitigem Lachen und Weinen zeigt, also in Gegensätzen, „die sich sonst ausschließen“, bei der Schizophrenie aber „nebeneinander in der Psyche existieren“⁴²⁹ könnten.⁴³⁰ In den dreißiger Jahren sortierte Kurt Schneider diese Symptome in Kategorien ersten und zweiten Ranges,⁴³¹ und schuf damit eine „metho-

⁴²³ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 287.

⁴²⁴ Ebda. S. 287.

⁴²⁵ Ebda. S. 288.

⁴²⁶ Ebda. S. 300.

⁴²⁷ Ebda. S. 288.

⁴²⁸ Ebda. S. 289.

⁴²⁹ Ebda. S. 291.

⁴³⁰ Dabei galten insbesondere die Störungen des Affekts, der Ambivalenz und der Assoziation und der Autismus zu den Grundsymptomen nach dem Krankheitskonzept Bleulers. Als akzessorische Symptome galten Halluzinationen und Wahnideen, Depolarisationen, Störungen des Gedächtnisses, der Sprache und der Schrift und katonische Symptome.

Vgl. Ebda. S. 285ff.

Vgl. EWALD, G. 1929. Dementia praecox und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sonderdruck aus dem 123. Band. 2. und 3. Heft*, 123, 465–471. S. 30.

⁴³¹ Vgl. HUBER, G. 2005. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer. S. 307f.

dologische Diagnostik“, die als „erster Schritt zur operationalisierten“ Diagnosesystematik und als Basis vom heutigen ICD-10 Systems gilt.⁴³²

Dieses neue Psychiatriekonzept Schneiders könnte ein möglicher Grund dafür sein, dass die aus Abbildung 32 (vgl. Anhang) ersichtlichen, hohen Anteile der Frauen mit der Diagnose der Schizophrenie (maximal 47% 1929) im zeitlichen Verlauf ab Mitte der dreißiger Jahre begannen wieder leicht abzusinken. Zuvor scheint ein eindeutiges Konzept in der Diagnosevergabe der Schizophrenie gefehlt zu haben, nachdem Bleuler in seinem Lehrbuch zur Diagnosestellung dieser Erkrankung schreibt: Schon „das Sonderbare, Launische, Aprupte, der mangelnde affektive Rapport weisen oft auf den ersten Blick auf die Krankheit hin.“⁴³³ Zwar decken sich die von Bleuler beschriebenen Krankheitssymptome der Schizophrenie mit denen Schneiders, doch gab es im Gegensatz zu dessen Konzept keinen bestimmten, objektiven Kriterienkatalog, der erfüllt sein musste, um die Diagnose vergeben zu können. Demnach könnte die besonders hohe Diagnoserate vor Schneiders Einteilung von einer variablen, vielleicht auch subjektiv geprägten Einschätzung von Patienten hergerührt haben. Wie unterschiedlich die Zahl an diagnostizierten Patienten je nach verwendeter, diagnostischer Formulierung der Schizophrenie ausfallen kann, zeigte eine Untersuchung anhand von 200 Fällen endogener Psychosen an der Universität Wien. Nach unterschiedlichen Diagnosekonzepten, die verschiedene Symptome zur Diagnostik voraussetzten, variierten laut der Studie die Zahlen der an Schizophrenie Diagnostizierten zwischen 22 und 121 Patienten.⁴³⁴

Obwohl der Begriff der Schizophrenie durch Bleuler schon eher beschrieben worden war, wurde er in Würzburg erst 1925 bei der am 28.3. aufgenommenen Frau A. L. im Stanbuch erstmals verwendet. In Folge dessen kam es, wie Abbildung 32 veranschaulicht, hauptsächlich bei den Frauen zu einem starken prozentualen Anwachsen dieser Diagnoseform. Mit dem höchsten Satz 1929 und 1933, in welchem Jahr der Begriff der Schizophrenie bei den Frauen mit über 50% unter den einzeln ausgezählten Begrifflichkeiten genannt wurde, fällt eine Erweiterung des Einzugsgebiets der Würzburger Universitätsklinik zusammen. Wohingegen 1925 und 1927 maximal 20% der Patientinnen von außerhalb des Mainkreises stammten, waren es 1931 schon über 25%.

⁴³² SCHNEIDER, K. 2007. *Klinische Psychopathologie. Mit einem erweiterten und aktualisierten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross*, Stuttgart, Thieme. S. 111.

⁴³³ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 332.

⁴³⁴ Vgl. KATSCHNIG, H. 1984. Der "polydiagnostische" Ansatz der psychiatrischen Forschung. In: HOPF, A. U.A. (ed.) *Forschungen zur biologischen Psychiatrie*. Berlin: Springer Verlag. S. 73ff.

Vor 1925 wurden bei der Diagnoseauswertung nach dem Würzburger Schlüssel zum schizo- phrenen Formenkreis nur die Katatonie und der ganz vereinzelt verwendete Ausdruck der „Dementia pr.[aecox; A.M.]“,⁴³⁵ dessen Bezeichnung die vorzeitige „nicht rückbildungsfähige Veränderung der Hirnrinde“ zum Ausdruck bringen sollte,⁴³⁶ gezählt. Oft war unter „Krank- heitsform“ bis 1926 auch nur „Dementia“ notiert – wahrscheinlich mehrheitlich in der Be- deutung der Dementia praecox. Doch verdeutlichten auch einige Fälle, dass Anfang der zwanziger Jahre die Diagnose der „Dementia“ ebenso im Sinne der senilen Demenz oder zur Bezeichnung von psychischen Degenerationen im Rahmen der progressiven Paralyse ver- wendet wurde.⁴³⁷ Deshalb wurde der Vermerk „Dementia“ ohne weiteren Zusatz, der auf eine spezielle Krankheitsform hingewiesen hätte, innerhalb des Würzburger Schlüssels zu der neutralen Kategorie „22a“ gerechnet. Ab 1930 schließlich war die „Dementia“ nur noch in Kombination mit „senilis“ zu finden und genauso wie der Ausdruck der „Demenz“, der vor allem ab 1927 häufiger fiel, sollte die Bezeichnung vermutlich in den meisten Fällen auf eine altersbedingte Hirndegeneration verweisen. Neben der in absoluten Zahlen gemessenen Abnahme der Verwendung des Begriffs der Demenz/Dementia, sank mit steigender Nutzung der Nomenklatur der Schizophrenie bei beiden Geschlechtern auch die Nennungshäufigkeit der Katatonie, der Paranoia und der Manie (vgl. Anhang, Abb. 33 und 34). Denn die zuvor als eigenständige Krankheitsbilder verwendete Paranoia⁴³⁸ und Katatonie wurden nach Bleuler den Unterformen seines neu entwickelten Schizophreniekonzeptes zugerechnet. Je nach- dem, ob die katatone Symptomatik oder die Halluzinationen und Wahnideen überwogen hätten, sei von Katatonie oder Paranoia, beziehungsweise „Dementia paranoides“, gespro- chen worden. Beispielsweise erhielt die Patientin E. H., in deren Akte sowohl von akusti- schen als auch optischen Halluzinationen und diversen Wahnideen die Rede war, bei ihrer Aufnahme 1924 im Standbuch noch die Diagnose Paranoia, auf dem wahrscheinlich zu ei- nem späteren Zeitpunkt ausgefüllten Deckblatt der Krankenakte stand dann bereits die Di-

⁴³⁵ Einmal wurde auch die Bezeichnung „Dementia simplex“ verwendet, welche von Rieger als Alternative zur „Dementia praecox“ vorgeschlagen wurde.

Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 772.

⁴³⁶ Ebda. S. 771.

⁴³⁷ Dies wird offensichtlich durch Zusätze zur Diagnose „Dementia“ unter Krankheitsform in den Standbüchern, wie „Apoplex“, „progressive Paralyse“, „Idiotie“, oder anhand des Alters der Patienten.

⁴³⁸ Die seit 1925 kaum mehr diagnostizierte „Paranoia“ wurde wegen ihrer Eigenständigkeit als Krankheits- gruppe – vor ihrer Zuweisung als Untergruppe zur Schizophrenie – zu „17a“ im Würzburger Schlüssel gezählt.

agnose Schizophrenie vermerkt.⁴³⁹ Bei der unter der Diagnose der Katatonie 1920 aufgenommenen Frau M. S. waren neben einer kataleptischen, abnormen Extremitätenverformung auch weitere „katatonische Symptome“ wie optische Halluzinationen beschrieben worden, sodass sie zu einem späterem Aufnahmezeitpunkt ebenso gut der Übergruppe der Schizophrenie zugeteilt werden hätte können.⁴⁴⁰

Weitere, unter dem Begriff der Schizophrenie zusammengefasste Formen bildete das Krankheitsbild der Hebephrenie, welches Erscheinungsformen mit wechselnder Symptomatik vereinigen sollte, und das der Schizophrenia simplex, welches einen latenten Verlauf betonen sollte.⁴⁴¹ Unter dem Bild einer im Standbuch notierten Hebephrenie und einer im Verlegungsbericht der medizinischen Klinik diagnostizierten Dementia praecox, zeigte sich der Patient R. M. „eigenartig gedrückt“, wobei ihm die ganze Welt verändert vorgekommen wäre und der heilige Geist ihm regelmäßig erschienen sei.⁴⁴² Ein Beispiel bezüglich der Diagnose „Dementia simplex“ im Standbuch stellt der Patient J. K. dar, in dessen Krankenakte, neben diesem Diagnoseausdruck, auch die Dementia praecox synonym verwendet notiert war. Dieser hätte eine „schwerfällig = läppisch = urteilslose Art“ mit regelmäßigen, aggressiven Erregungszuständen an den Tag gelegt, weshalb zunächst bei seinen ersten Aufenthalten 1920 und 1922 auf dem Deckblatt eine fragliche Epilepsie vermerkt worden war und später der Verdacht auf einen schizoiden Psychopathen geäußert wurde.⁴⁴³ Dieser Fall zeigt somit noch einmal eindrucksvoll, wie eng nicht nur die Bilder der Epilepsie und Psychopathie, sondern auch die der Psychopathie und Schizophrenie differentialdiagnostisch beieinander lagen. Dass insgesamt selten die spezielle Unterform, sondern zumeist der umfassende Ausdruck der Schizophrenie im Standbuch angewandt wurde, mag an der Problematik der schwer voneinander abzugrenzenden Symptomatik der verschiedenen Bilder gelegen haben, weswegen von Schneider diese Untergliederung grundlegend kritisiert wurde.⁴⁴⁴

⁴³⁹ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 6, aufgenommen am 1.2.1924, entlassen am 13.3.1929.

⁴⁴⁰ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 33, aufgenommen am 19.4.1919, entlassen am 13.7.1921.

⁴⁴¹ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 318ff.

⁴⁴² Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 215, aufgenommen am 31.5.1928, entlassen am 3.6.1928.

⁴⁴³ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 362, aufgenommen am 14.9.1928, entlassen am 20.9.1928.

⁴⁴⁴ Vgl. SCHNEIDER, K. 2007. *Klinische Psychopathologie. Mit einem erweiterten und aktualisierten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross*, Stuttgart, Thieme. S. 101.

Der in den Diagrammen der Abbildung 33 und 34 dargestellte, ebenso mit der Zunahme der Diagnose der Schizophrenie verbundene Rückgang der Nennungszahlen der Manie und des manisch-depressiven Formenkreises insgesamt wurde in diesem Kapitel vorausgehend bereits erwähnt. So verkörperte diese Krankheitsgruppe für damalige Psychiater eine wichtige Differentialdiagnose zu den schizophrenen Psychosen, da unter anderem die schizophrenen Assoziationsstörungen dem Bild der manischen Ideenflucht stark ähneln könnten.⁴⁴⁵ Außerdem hätten Schizophrene aufgrund ihrer geringen affektiven Breite häufig depressiv und melancholisch gewirkt⁴⁴⁶ – eine Unterscheidung zwischen den Psychoseformen hätte deshalb des Öfteren nur durch „die längere Beobachtung“ der Patienten erfolgen können.⁴⁴⁷ Dabei wurden Patienten mit einem depressiven Bild, die an Wahnideen und Denkstörungen litten, häufig der Schizophrenie zugeschrieben.⁴⁴⁸ Eine weitere wichtige Differentialdiagnose zur Schizophrenie hätten – wie ebenfalls vorausgegangen schon vermutet – die Psychopathie und psychopathischen Reaktionen dargestellt.⁴⁴⁹ Denn „indem man [...] mehr und mehr sein Interesse der psychologischen Analyse der Dementia praecox zuwandte und vorwiegend die spezifisch schizophrenen Äußerungen zu fassen und zu umgrenzen sucht, begann sich der Umkreis der Schizophrenie immer mehr zu weiten und in den Bereich des psychopathischen und normalen Lebens auszudehnen.“⁴⁵⁰ Demnach könnten einige, primär psychopathisch oder manisch-depressiv Erkrankte aufgrund der wissenschaftlichen Popularität der Schizophrenie auch in Würzburg fälschlicherweise dieser Krankheitsgruppe zugordnet worden sein. Entsprechend nahm mit der Zunahme der Diagnose Psychopathie und Neuropathie bei den Frauen Ende der dreißiger Jahre auch der Diagnoseanteil an Schizophrenie ab. Und bei den Männern, bei denen neurotische Krankheitsformen schon Anfang der dreißiger Jahre häufig genannt wurden, wurde der Anteil an schizophren Diagnostizierten erst gar nicht so hoch wie bei den Frauen.

Ein weiterer, relevanter Aspekt sollte mittels der Informationen aus den stichprobenartig ausgewählten Patientenakten untersucht werden: der Umgang und die Versorgung der Pati-

⁴⁴⁵ Vgl. u.a. EWALD, G. 1929. Dementia praecox und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sonderdruck aus dem 123. Band. 2. und 3. Heft*, 123, 465–471. S. 468.

Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 285.

⁴⁴⁶ Vgl. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 289 und S. 310.

⁴⁴⁷ Ebda. S. 332.

⁴⁴⁸ Vgl. Ebda. S. 310f.

⁴⁴⁹ Vgl. EWALD, G. 1929. Dementia praecox und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sonderdruck aus dem 123. Band. 2. und 3. Heft*, 123, 465–471. S. 456ff.

⁴⁵⁰ Ebda. S. 465.

enten mit der Diagnose Schizophrenie, vor allem zur Hochzeit der Eugenik in der NS-Zeit. Da die zu „den immer ererbten Geistesstörungen“⁴⁵¹ zählende Schizophrenie nur auf dem Boden „einer spezifischen Erbanlage“ oder durch das „Zusammentreffen verschiedener schizoider Erbmassen“ hervorgerufen werden⁴⁵² und die Umwelt „die Manifestation der Anlage [lediglich; A.M.] fördern und hemmen“ hätte können,⁴⁵³ spielte die Erkrankung eine wichtige Rolle in der Entscheidung über die Zuführung zum Euthanasietötungsprogramm. Zumal Schizophrene „bei jeder Arbeit“ vorzeitig ermüden würden und „sich deshalb auf ein möglichst vollständiges Nichtstun zurück“ gezogen hätten⁴⁵⁴ und eine vollständige Heilung, abgesehen von zwischenzeitlichen Remissionen mit einer vielleicht kurzzeitig rückkehrenden sozialen Brauchbarkeit, nur selten eingetreten wäre.⁴⁵⁵ So waren in den untersuchten Krankengeschichten zur Diagnose Schizophrenie regelmäßig neben einer ausführlichen Familienanamnese mit Verweisen wie „erblich belastet“,⁴⁵⁶ Vermerke zur Arbeitsfähigkeit, wie „vernünftige Arbeitsleistung“ ausgeschlossen,⁴⁵⁷ enthalten. Demnach hätte sich mutmaßlich der Anteil der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, der länger als der Durchschnitt in der Klinik lag, im zeitlichen Verlauf mit zunehmender Popularität der Lehre über die Eugenik und vor allem zum Beginn des Euthanasieprogramms eigentlich verringern müssen. Doch trotz der allgemeinen Überzeugung über die Unheilbarkeit der meisten derart erbkranken Patienten, welche im Rahmen des Erbgesundheitsgesetzes öffentlich gemeldet werden mussten, blieben als schizophren Diagnostizierte in Würzburg mit Beginn der Aktion T4 im Vergleich zum Durchschnitt genauso lang, wenn nicht sogar noch länger in der Klinik als zuvor. So zeigten 1925 nur 33% der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie eine längere Aufenthaltsdauer in der Klinik als der Durchschnitt in diesem Jahr (99 d), 1933 waren es schon 51% und 1939 blieben sogar 65% der Schizophrenen über der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer (1933

⁴⁵¹ HEYDE, W. 1936. Erbliche und nichterbliche Geistesstörungen. *Die Umschau; illustrierte Wochenschrift über die Fortschritte in Wissenschaft und Technik*, 18, 341–344. S. 341.

⁴⁵² REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 257.

⁴⁵³ LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 843.

⁴⁵⁴ BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 308.

⁴⁵⁵ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 784.

⁴⁵⁶ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 6, aufgenommen am 1.2.1924, entlassen am 13.3.1929.

⁴⁵⁷ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 93, aufgenommen am 27.7.1925, entlassen am 9.10.1925.

28 d, 1939 29 d) in stationärer Behandlung. Und selbst im Jahr 1943, dem Jahr mit den meisten Aufnahmen und damit dem höchsten Durchlauf insgesamt, waren Patienten mit der Diagnose Schizophrenie zu 59% länger als 30 Tage, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in diesem Jahr, in der Klinik.

Doch woran liegt das, nachdem doch Patienten mit wenig Aussicht auf Heilung und eingeschränkter Arbeitsfähigkeit offensichtlich oft direkt in Anstalten und von dort aus in Tötungseinrichtungen weiter verlegt wurden? Wie an anderer Stelle bereits angedeutet, scheint das große Interesse in der wissenschaftlichen Erforschung des Krankheitsbildes der Schizophrenie dafür ein entscheidender Grund gewesen zu sein. Indirekt lässt sich dies an den, im Vergleich zu anderen Krankengeschichten, ausführlich dokumentierten Beobachtungen der Verlaufssymptomatik erahnen. Beispielsweise wird über die katatonische Erscheinung der Patientin C. H., die im Jahre 1929 in Würzburg in Behandlung war, geschrieben, dass sie zunächst meist „stumm“ und „vor sich hin lächelnd“ im Bett gesessen sei, im weiteren Verlauf sei dann eine „zittrige[r] Beschäftigungsunruhe“ mit erhöhten Temperaturen, welche in einem Diagramm genau notiert waren, festgestellt worden. Dabei sind in der Krankengeschichte durch den zuständigen Arzt detailgewiss die gezeigten Bewegungsformen nieder geschrieben worden. Zum Beispiel „rafft [sie; A.M.] dauernd [...] die Bettdecken zusammen“ oder „liegt ganz steif im Bette“, teilweise hingegen „scheint [sie; A.M.] in ihren Bewegungen zu entgleisen“ und zeigt eine „kampfhaft[e] [...] drehende Bewegung mit den Händen“.⁴⁵⁸ Bei anderen Patienten, bei denen wahnhaftige Störungen im Vordergrund standen, wurde der genaue Inhalt der Wahnideen wiedergegeben. Meist wurden die Patienten dabei sogar wörtlich zitiert.

Zudem sollten die Ergebnisse der intensiven Forschungsarbeit mit neuen Therapiemöglichkeiten der jeweiligen Zeit erprobt werden. In dreien der dreizehn untersuchten Akten⁴⁵⁹ aus den Jahren 1925 und 1929 findet sich unter Therapieform eine sedative Behandlung mit Scopolamin, teilweise in Kombination mit Opiaten. In den zwanziger Jahren war diese Schlaftherapie, häufig auch durchgeführt mit Trional und Veronal, in Würzburg, auch man-

⁴⁵⁸ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 34, aufgenommen am 6.3.1929, entlassen am 7.6.1929.

⁴⁵⁹ Neben den im Laufe dieses Kapitels beispielhaft vorgestellten Akten zählten zu den 13 Stück: UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 13, aufgenommen am 11.2.1919, gestorben am 14.2.1919. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 263, aufgenommen am 21.8.1926, entlassen am 21.9.1926. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 286, aufgenommen am 20.8.1943, entlassen am 22.8.1943. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 435, aufgenommen am 2.12.1944, entlassen am 6.12.1944.

gels Alternativen, eine gängige Behandlungsform,⁴⁶⁰ die zwar nicht kurativ wirken, aber die Symptome beeinflussen sollte.⁴⁶¹ Gerade für Patienten, die „Anstalten gewalttätig zu werden“ machten⁴⁶² oder sich aggressiv verhielten,⁴⁶³ wäre Scopolamin nach Binswanger „das souveräne Mittel zur raschen Bekämpfung schwerer tobsüchtiger Erregung“ gewesen.⁴⁶⁴ Im Gegensatz zu dieser rein symptomatischen Therapieform, versprachen sich Psychiater Mitte der dreißiger Jahre aus den damals neu eingeführten, in Deutschland trotzdem zunächst verhalten angenommenen Schocktherapien deutlich bessere Erfolge.⁴⁶⁵ So konnten in einer von Küppers durchgeführten Studie über die Cardiazoltherapie bei frisch Erkrankten eine Vollremissionsrate von immerhin 17% und eine Besserungsrate von 27% festgehalten werden.⁴⁶⁶ Ähnlich der Insulintherapie hätte bei dieser Therapieform durch einen indizierten Krampfanfall mit Blutzuckersteigerung und Anhäufung saurer Stoffwechselprodukte eine „Korrektion der fehlerhaften [schizophrenen; A.M.] Stoffwechselsteuerung“ bewirkt werden können.⁴⁶⁷ Insgesamt wären bei den Schocktherapieformen nur 20% der seit weniger als einem Jahr Erkrankten gänzlich unbeeinflusst geblieben.⁴⁶⁸ Dabei hätte der „Beweis für die Wirksamkeit“ aber „nicht so sehr in den schließlich erzielten darstellbaren Ergebnissen als vielmehr in den Wandlungen des Psychopathiebildes“ des Patienten gelegen,⁴⁶⁹ wobei die

⁴⁶⁰ Vgl. NOLTE, K. 2017. "Shock therapies" and Nursing in the Psychiatric Clinic of the University of Würzburg in the 1930s and 1940s. In: NOLTE, KAREN (ed.) *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart: Steiner Verlag. S. 5.

⁴⁶¹ Vgl. LEYGRAF, J. 2006. Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente. In: MÜNSTER, WILHELMS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Münster. S. 3.

⁴⁶² UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 54, aufgenommen am 28.3.1925, entlassen am 23.11.1925.

⁴⁶³ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 34, aufgenommen am 6.3.1929, entlassen am 7.6.1929.

⁴⁶⁴ Zitiert nach: LEYGRAF, J. 2006. Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente. In: MÜNSTER, WILHELMS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Münster. S. 3.

⁴⁶⁵ Vgl. BROCK, C. 2013. Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland. In: SCHMUEHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallenstein Verlag.

1937 arbeitete nur etwa die Hälfte der deutschen, psychiatrischen Institute mit Cardiazol- oder Insulintherapien. Deutschland sei in der Anwendung dieser, seit Anfang der dreißiger Jahre bestehenden, neuen Behandlungsverfahren zurück geblieben gewesen.

Vgl. KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 76ff.

⁴⁶⁶ Vgl. KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 78.

⁴⁶⁷ JAHN, D. 1937. Körperliche Umstellung durch die Insulin- und Cardiazol-Behandlung in ihrer Bedeutung für die Prognose der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 114–120. S. 120.

⁴⁶⁸ Vgl. KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 79.

⁴⁶⁹ SPERNAU, H. 1938. Der Heilungsverlauf bei der Insulinbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 283–298. S. 283.

Beobachtung eines solchen Verlaufs wiederum Zeit bedurfte und einen längeren Aufenthalt rechtfertigte. Angesichts der Tatsache, dass aufgrund der verzeichneten Behandlungserfolge „jeder frische Fall von Schizophrenie diesen Behandlungsweisen zuzuführen“ gewesen sei, es sich dabei laut Roemer gar „um eine ärztliche Verpflichtung“ gehandelt hätte,⁴⁷⁰ erscheint ihre zögerliche Verwendung in Würzburg etwas überraschend. Gerade das wissenschaftliche Interesse in der Insulinschocktherapie soll dort gering gewesen sein, die Cardiazoltherapie dagegen sei entsprechend dem wissenschaftlichen Trend auch an der Würzburger Psychiatrischen und Nervenlinik ab 1937 auf rege Anwendung gestoßen.⁴⁷¹

Da gerade neuere Krankenakten im Universitätsarchiv nicht regelmäßig auffindbar sind, entstammten nur drei der zur Schizophrenie untersuchten Akten einem Zeitraum ab 1937. In einem dieser Fälle, dem der 1937 aufgenommenen Patientin M. M., wurde die Durchführung einer Cardiazolkrampftherapie in der Krankenakte verzeichnet. Nach einem Selbstmordversuch, den ihr eine Stimme befohlen hätte, zeigte sie ein „ablehnendes, deutlich widerstrebendes Benehmen“, geprägt von Beeinflussungswahn und Halluzinationen. In der Krankengeschichte ist der Ablauf des Therapieversuchs genau beschrieben: „initialer Schrei, Linkswendung, typisch epileptiformer Krampfanfall, der 42 “ dauert“, bei starker Erregung Anwendung eines Dauerbades. Am 16.10.1937 starb die Patientin in Folge einer „fieberhafte[n; A.M.] Bronchitis“⁴⁷² – vielleicht auch in Folge einer der vielen Nebenwirkungen der genannten Therapieform. Denn aufgrund des Erfolgs der Schocktherapien wurden häufige Komplikationen wie Kreislauf- und Atemschwäche, Resorptionsstörungen des Darms und zentralnervöse Störungen mit komatösen Zuständen mit einer Mortalitätsrate von fast 2% in Kauf genommen.⁴⁷³

Vor allem bei erstmals Erkrankten sollte bei zunächst ausgebliebenem Erfolg „nicht locker [ge-; A.M.]lassen“ werden und mittels verschiedener Kombinationen der verheißenen The-

⁴⁷⁰ ROEMER, H. 1937. Die praktische Einführung der Insulin- und Cardiazolbehandlung in den Heil- und Pflegeanstalten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 121–128. S. 121.

⁴⁷¹ Vgl. NOLTE, K. 2017. "Shock therapies" and Nursing in the Psychiatric Clinic of the University of Würzburg in the 1930s and 1940s. In: NOLTE, KAREN (ed.) *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart: Steiner Verlag.. S. 2ff.

⁴⁷² Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 253, aufgenommen am 7.9.1937, gestorben am 16.10.1937.

⁴⁷³ Vgl. DUSSIK, K. T. 1937. Die Schizophreniebehandlung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 97–109. S. 106ff.

Vgl. KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 79.

rapieformen eine mögliche, spätere Symptombesserung geprüft werden.⁴⁷⁴ Gleichzeitig wird in der Literatur aber auch immer wieder auf die nur mäßige Beeinflussbarkeit und Heilungschance schon lange andauernder Fälle und katatonischer Bilder verwiesen,⁴⁷⁵ weshalb Klinikaufenthalte oft früher oder später schließlich in Anstaltsverlegungen mündeten. So waren unter den hier untersuchten Patientenakten sechs Verlegungen nach Werneck, eine nach Lohr, eine in die Kopfklinik Jena, eine nach Hause und zwei Todesfälle vermerkt. Anmerkungen, wie der Patient sei „sehr störend“ und „unleidlich“,⁴⁷⁶ verweigere die „Spritze“⁴⁷⁷ oder der Zustand der Patientin hätte sich „nur wenig geändert“,⁴⁷⁸ wurden hierbei als mögliche Verlegungsgründe aufgeführt.

2.5.5. Schädeltraumata, traumatische Hirnschädigungen und Begutachtungen

Bei den Männern stellten die „psychischen Störungen nach Gehirntraumata“ (2b) in den Auswertungen nach dem Würzburger Schlüssel mit knapp 10% die zweithäufigste Diagnosegruppe dar. Dazu kommt ein hoher Anteil an Hirnerschütterungen und Schädelknochendefekten, die aufgrund des Fehlens eines Zusatzes über eine offensichtliche, psychische Störung unter dem hohen Prozentsatz an primär neurologischen Erkrankungen (18,5%) gezählt wurden, sodass sich für die männlichen Aufnahmen insgesamt ein beträchtlicher Satz an Klinikaufhalten aufgrund von Schädelverletzungen ergibt.

Um die Hirnerschütterung von der Hirnkontusion unterscheiden zu können, galt es ihre klassische Symptomatik einer „Bewußtseinsänderung“ in Kombination mit „einer Reihe vegetativer Symptome“, wie zum Beispiel Erbrechen oder Kreislaufstörungen,⁴⁷⁹ in ihrer Dauer und Stärke zu beurteilen.⁴⁸⁰ Während die Commotio als „Hirnstammsyndrom“⁴⁸¹ ohne „anatomische

⁴⁷⁴ KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 92.

⁴⁷⁵ Vgl. u.a. BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag. S. 329.

⁴⁷⁶ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 6, aufgenommen am 1.2.1924, entlassen am 13.3.1929.

⁴⁷⁷ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 34, aufgenommen am 6.3.1929, entlassen am 7.6.1929.

⁴⁷⁸ UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 41, aufgenommen am 26.3.1921, entlassen am 30.6.1923.

⁴⁷⁹ WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 297.

⁴⁸⁰ Vgl. WASSERMEYER, M. 1941. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nach traumatischer Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 21.

sches Substrat“ sich in ihrer Symptomatik rasch zurück gebildet hätte⁴⁸² und sich relativ „symptomarm“ durch unter anderem „Kopfweg“ und eine „vorübergehende organische Hirnleistungsschwäche“ präsentiert hätte,⁴⁸³ lösten die Hirnkontusion und die synonym verwendeten traumatischen Hirnschädigungen eine „schwere und langedauernde Psychose“ aus.⁴⁸⁴ Hierbei hätte nach Reichardt die Bewusstseinsveränderung länger angehalten als bei der reinen Commotio, wobei während der ersten Bewusstlosigkeit epileptiforme Anfälle und nach freien Intervallen schwere organische Erregungszustände auftreten hätten können.⁴⁸⁵ Zudem zeigten sich bei der Contusio im Vergleich zur Commotio längere Intervalle an anterograde und retrograde Amnesie.⁴⁸⁶ Dabei würde sich zudem regelmäßig eine „Reduktion des Psychischen“⁴⁸⁷ mit „organische[r; A.M.] Merkfähigkeitsschädigung, Störung der Auffassung, des Denkens, der Initiative, des affektiven Nachdrucks [und; A.M.] der Stetigkeit in der Arbeitsleistung“ präsentieren.⁴⁸⁸ Ein weiterer Hinweis auf eine vorliegende Kontusion sei eine häufig damit verbundene, oft subarachnoidale Blutung, die durch blutigen Liquor diagnostiziert werden könne.⁴⁸⁹ Insgesamt sei also eine dauernd traumatische Hirnschädigung umso mehr anzunehmen gewesen, je länger die Benommenheit, spezielle Herdsymptome und eine etwaige Schwäche des Gedächtnisses anhielten.⁴⁹⁰ Unter Hinzunahme der Zahlen

⁴⁸¹ Dass die „Bewußtlosigkeit bei Hirnerschütterung [ein; A.M.] Herdsymptom des Mittelhirn und verlängerten Markes (wie auch das Erbrechen und die Pulsverlangsamung)“ darstellte, galt als wissenschaftliche Erkenntnis der Hirnforschung Reichardts.

AMANN, F. 1929. Zur Diagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. Eine gutachterliche Kritik. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 17.

⁴⁸² WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 297.

⁴⁸³ REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 65.

⁴⁸⁴ GESSNER, H. 1913. Ein Fall von traumatischer Geistesstörung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 32.

⁴⁸⁵ Vgl. REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 56f.

Vgl. WASSERMEYER, M. 1941. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nach traumatischer Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 3.

⁴⁸⁶ Vgl. WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 298.

⁴⁸⁷ BUSEMANN, A. 1948a. Einfallsarmut nach Hirnverletzung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 638–690. S. 638.

⁴⁸⁸ REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 66.

⁴⁸⁹ Vgl. WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 245 und S. 286.

⁴⁹⁰ Vgl. GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 4.

der deutschen Irrenstatistik von 1936 und den Ergebnissen Beddies, wird einmal mehr offensichtlich, dass Würzburg im deutschen Vergleich eine besondere Stellung in diesem Fachbereich eingenommen hatte. Denn lediglich 3,5% der deutschlandweit in Kliniken und 0,7% der in die Wittenauer Heilstätten aufgenommenen Patienten waren darin der Diagnosegruppe „2“ des Würzburger Schlüssels zugeordnet.⁴⁹¹

Dabei sind in die eingangs erwähnte Häufigkeitsangabe der Kategorie „2“ des Würzburger Schlüssels noch gar nicht die unter „22“ gezählten, im Standbuch unter „Krankheitsform“ nicht näher differenziert vermerkten Begutachtungen mit eingerechnet, obwohl diese entsprechend den Ergebnissen einer stichprobenartigen Untersuchung von Krankenakten überwiegend mit Schädeltraumata einhergegangen sind. So war bei den elf⁴⁹² untersuchten Krankenakten in sechs Fällen die im Standbuch vermerkte Aufnahme „zur Begutachtung“ auf ein Schädeltrauma und in zwei weiteren Fällen auf ein Rücken trauma zurück zu führen.⁴⁹³ Letztere wurden entsprechend den Hirnverletzungen in offene, direkte und geschlossene (ohne Eröffnung der Dura mater), indirekte Prellungskontusionen, welche häufig mit einem Querschnitt einhergegangen wären, eingeteilt.⁴⁹⁴ Im Standbuch fanden sich dazu auch Angaben, wie „Rückenmarksquetschung“, „Rückenmarksläsion“, „Rückenmarksblutung“, „Rückenmarksschädigung“ oder „Rückenmarksverletzung“.

⁴⁹¹ Vgl. 1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63. S. 63.

Vgl. BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen. S. 342.

⁴⁹² Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 386, aufgenommen am 9.5.1927, entlassen am 13.5.1927. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 540, aufgenommen am 18.5.1943, entlassen am 18.5.1943. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 328, aufgenommen am 21.4.1927, entlassen am 22.4.1927. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 62, aufgenommen am 11.5.1927, entlassen am 13.5.1927. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 323, aufgenommen am 20.4.1927, entlassen am 22.4.1927. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 35, aufgenommen am 13.1.1927, entlassen am 14.1.1927. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 69, aufgenommen am 6.2.1926, entlassen am 10.2.1926. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 124, aufgenommen am 2.11.1925, entlassen am 6.11.1925. Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 46, aufgenommen am 9.2.1921, entlassen am 9.2.1921. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 196, aufgenommen am 15.12.1919, entlassen am 16.12.1919. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 605, aufgenommen am 14.11.1935, entlassen am 16.11.1935.

⁴⁹³ Für neun der elf den Akten zugehörigen Patienten war im Standbuch unter Krankheitsform „zur Begutachtung“, „Unfall(begutachtung)“, „Versorgungsgutachten“ oder ähnliches vermerkt. In zwei Fällen stand im Standbuch unter Diagnose einmal „Entschädigungsreaktion“ und einmal „Commotio, Nervosität“, wobei in den zugehörigen Patientenakten „zur Begutachtung“ als Aufnahmegrund notiert war.

⁴⁹⁴ Vgl. KLAUE, R. 1948. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verletzungen des Rückenmarkes mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarkskontusion. Ein Vergleich zwischen Rückenmarks- und Gehirnerkrankungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 180, 206–270. S. 207f.

Um trotz der unterschiedlichen Zuweisung der Krankheitsbilder traumatischer Schädel- und Rückenverletzungen innerhalb des Würzburger Schlüssels einen Gesamtüberblick über die Häufigkeit unter den Würzburger Patienten der Universitätsnervenklinik erhalten zu können, wurden ihre absoluten Nennungen zusätzlich einzeln addiert. Zusammen mit den berechneten Anteilen der außerdem durchgeführten Einzelzählung der Krankheitsformen „Entschädigungsreaktion“ und „Zur Begutachtung“, wurden diese Werte in den Diagrammen der Abbildung 35 und 36 (vgl. Anhang) geschlechtergetrennt im zeitlichen Verlauf aufgetragen. Hierbei bildet sich, ähnlich der Schizophrenie, ein Wandel in der Verwendung der Diagnosenomenklatur mit der Übernahme der Klinikleitung Reichardts ab: sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen scheint die allumfassende Angabe „zur Begutachtung“ unter der Krankheitsform im Standbuch durch spezifischere Angaben über das dahinter verborgene Krankheitsbild – in vielen Fällen eben ein Schädel- oder Rücken trauma – ab Mitte der zwanziger Jahre ersetzt worden zu sein.⁴⁹⁵ Bei den Frauen kann für das Jahr 1921 mit knapp 20% der einzeln ausgezählten Diagnoseangaben aus dem Standbuch das Maximum am Vermerk „zur Begutachtung“ registriert werden. 1927 erreichte dann der Anteil an Nennungen von Schädel- und Rücken traumata zusammen mit den angegebenen Entschädigungsreaktionen bereits etwa die Höhe an notierten „Begutachtungen“, bevor diese Angabe im Standbuch bis 1930 für beide Geschlechter komplett verschwindet. Bei den Männern zeigt sich mit jeweils 59% Nennungshäufigkeit die Angabe „zur Begutachtung“ 1921 und 1927 maximal, wobei sie 1927 zusammen mit den Entschädigungsreaktionen und Schädel- und Rücken traumata sogar 75% der insgesamt gezählten Begrifflichkeiten ausmachte. Entsprechend diesem Trend stiegen ab 1927 bei den Männern auch die eingangs erwähnten „psychischen Störungen nach Gehirn traumata“ mit „traumatischen Hirnschädigungen“ nach dem Würzburger Schlüssel bis zu einem Höchstwert von 19% im Jahre 1937 stetig an (vgl. Anhang, Abbildung 37).

Doch was genau muss man sich unter den Gutachtungsfällen nun eigentlich vorstellen? In allen der untersuchten Krankenakten handelte es sich um Versicherungsfälle von Berufsge-

⁴⁹⁵ Nach der Übernahme der Klinikleitung Reichardts 1925 erhielt der am 28.12.1925 aufgenommene F. K. als Erster im Standbuch die Diagnose „Commotio cerebri“ vermerkt.

Schon ab Beginn des 20. Jahrhunderts erschienen in Würzburg Veröffentlichungen zu traumatischen Hirnerkrankungen bei Begutachtungsfällen. Die Krankheitsform an sich stellte entsprechend also keine Neuheit dar, allerdings veränderte sich die Verwendung der Begrifflichkeiten im Standbuch.

Vgl. u. a. GESSNER, H. 1913. Ein Fall von traumatischer Geistesstörung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 1

Vgl. KESSELER, K. 1916. Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 1.

nossenschaften, was nach Reichardt einen Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb zur Bewilligung von Renten und Entschädigungen voraussetzte. Als Unfall wird dabei „ein einmaliges, plötzliches, unerwartetes und unbeabsichtigtes Ereignis“ mit folgender Gesundheitsschädigung definiert,⁴⁹⁶ wobei der „Akt der Einwirkung“ an sich, der nicht zwingend eine Verletzung herbeiführen muss, als „Trauma“ bezeichnet wird.⁴⁹⁷ Seit der Einführung des Sozialversicherungssystems durch Bismarck Ende des 19. Jahrhunderts in Deutschland, bedeutete der Beruf des Arztes laut Grünthal nicht mehr nur als „Helfen in der Not“, sondern auch als Gutachter im Dienste der sozialen Gesetzgebung tätig zu sein. Die Notwendigkeit gutachterlicher Tätigkeiten aufgrund sehr hoher Fallzahlen an Patienten, gerade in der hierfür schwerpunktmäßig ausgerichteten Klinik Würzburg, läge demnach daran, dass nach jahrelangen Beitragszahlungen der Patient vielfach geneigt sei, das Anrecht auf finanzielle Versicherungshilfe ausgiebig zu nutzen.⁴⁹⁸ Schließlich spielen hier wie überall im Leben „der wirtschaftliche Standpunkt, der Trieb, seine Existenz zu sichern“ und eine damit verbundene „Begehrlichkeit“ die entscheidende Rolle.⁴⁹⁹ Aufgabe des Arztes sei es dabei, als „unparteiischer, medizinischer Sachverständiger“,⁵⁰⁰ auf dem Boden von „gesicherten und anerkannten wissenschaftlichen Ergebnisse[n; A.M.]“,⁵⁰¹ mit „einem gewissen Schatz objektiver psychologischer Kenntnisse“⁵⁰² und anhand der beobachteten Symptomatik, einen etwaigen Zusammenhang zu einem beschriebenen Unfallereignis zu klären.

Dass es bis 1945, trotz vermeintlich hoher Verletzungszahlen an Kriegsopfern,⁵⁰³ zu einem Absinken der Diagnosehäufigkeit psychischer Störungen nach Gehirnverletzungen auf bis zu 5% (vgl. Anhang, Abb. 37) und der Prozentsätze an Schädel- und Rückenraumata insgesamt kam (vgl. Abb. 35 und 36), könnte an der gleichzeitigen Zunahme der Krankheitsformen der Neuropathie und Psychopathie während dieses Zeitraums liegen. Von den elf bezüglich einer Begutachtung untersuchten Patientenakten enthielten vier einen Vermerk über einen vor-

⁴⁹⁶ REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 1.

⁴⁹⁷ Ebda. S. 9.

⁴⁹⁸ Vgl. GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 474.

⁴⁹⁹ Ebda. S. 477.

⁵⁰⁰ Ebda. S. 474

⁵⁰¹ Ebda. S. 473.

⁵⁰² Ebda. S. 472.

⁵⁰³ Vgl. KLAUE, R. 1948. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verletzungen des Rückenmarkes mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarkskontusion. Ein Vergleich zwischen Rückenmarks- und Gehirnverletzungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 180, 206–270. S. 206.

liegenden neuropathischen, nervösen oder psychopathischen Zustand und weitere drei über eine bestehende Entschädigungsreaktion. Hingegen war, trotz des häufigen Aufnahmegrundes nach Schädelverletzungen, nur bei zwei Patienten tatsächlich ein symptomatisches Schädelhirntrauma festzustellen (bei zwei weiteren war ein Schädelknochendefekt vorhanden). Bei gemeinsamen, relativ unspezifischen Symptomen, wie Kopfschmerz, Schwindel, vasomotorischen Erscheinungen und einer etwaige gesteigerten, psychischen Reizbarkeit, stellte gerade die Neuropathie für damalige Psychiater eine wichtige Differentialdiagnose zu den Schädelhirntraumata dar.⁵⁰⁴ Lange Zeit seien „organische Hirnerschütterungsnachwehen“ dabei viel öfter angenommen worden, als sie in Wirklichkeit auftraten, da sie mit einem eigentlich bestehenden „emotionellen (neuropathischen) Symptomkomplex“ mit zusätzlich vielleicht vorhandenen lebhaften Reflexen und affektivem Zittern, Schlafstörungen und möglichen Angst- und Zwangsstörungen verwechselt wurden.⁵⁰⁵ Oft wäre also die beschriebene Symptomatik richtigerweise ein „Ausdruck einer [bestehenden; A.M.] nervösen oder psychopathischen Anlage“ und nicht, wie oft fälschlicherweise angenommen, eines Schädelhirntraumas gewesen.⁵⁰⁶

Die in den Standbüchern hinter den Diagnosen über Schädelhirntraumata häufig versehenen Fragezeichen legen das Bestehen der Problematik einer differentialdiagnostischen Entscheidung auch in Würzburg nahe. Verdeutlicht wird dies zum Beispiel an der Krankengeschichte von Herrn K. B., welcher aufgrund eines vermuteten Schädelbruchs nach einem Motorradunfall 1935 in Würzburg gutachterlich vorstellig wurde.⁵⁰⁷ Der „befangenen“ wirkende Patient hätte dabei Symptome wie Fingerzittern, Kopfweh, Schwindelgefühl und Schlafstörungen präsentiert, was den zuständigen Arzt dazu brachte, neben einer wohl nicht sicher ausschließbaren „Commotio“ im Standbuch auch die Diagnose „Nervosität“ zu notieren. Versicherungstechnisch taten sich zwischen den zu unterscheidenden Krankheitsbildern große Differenzen in der Bewertung auf, da – im Gegensatz zu einem Schädelhirn- oder Rückenmarkstrauma – eine primär endogen bedingte Neurose kausal nicht auf den Unfall selbst

⁵⁰⁴ Vgl. GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 6.

Vgl. REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 66.

⁵⁰⁵ GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 6.

⁵⁰⁶ REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 66.

⁵⁰⁷ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 605, aufgenommen am 14.11.1935, entlassen am 16.11.1935.

zurück geführt werden durfte⁵⁰⁸ und folglich ein Eintritt der Versicherung in diesen Fällen meist ausblieb. So wurde beispielsweise auch dem 1926, zur Begutachtung aufgenommenen Patienten G. G., der eine Eisenstange gegen den Kopf bekommen gehabt hätte, keine Entschädigung zugesprochen, da seine, einer „neurasthenen Reaktion“ entsprechende Symptomatik nicht als Unfallfolge gewertet werden hätte können. Vielmehr hätte es sich um eine „selbst entstandene Stimmungsverschiebung“ gehandelt ohne irgendeinen Zusammenhang zum Unfallgeschehen.⁵⁰⁹ Auch viele weitere endogene Krankheitsbilder, wie zum Beispiel die Schizophrenie oder das manisch-depressive Irresein, seien bei glaubwürdigen Angaben der Patienten zu häufig fälschlicherweise als Unfallfolge deklariert worden, obwohl es sich in Wirklichkeit um ein zufälliges Zusammentreffen des anamnestischen Unfalls und der Erkrankungsoffenbarung gehandelt hätte.⁵¹⁰ Vielleicht spielte bei solchen Beurteilungen auch in manchen Fällen „das gute Herz des Arztes“ mit „Wohlwollen“ und Mitleid dem Patienten gegenüber eine Rolle.⁵¹¹

Ein besonders schweres Krankheitsbild zur Klärung eines möglichen Zusammenhangs der Symptomatik mit einem stattgehabten Unfall ist das der Epilepsie. Sie kann als genuine Form sowohl einen Unfall generieren, weshalb „Rindenprellungen“ regelmäßig als Nebenbefund bei Epileptikern nach anfallsbedingten Stürzen zu finden sind,⁵¹² als auch als traumatische Form erst in Folge eines Unfalls aufgrund einer Hirnschädigung entstehen.⁵¹³ Ebenso konnte die im Symptomkomplex der Epilepsie miteingenommene Benommenheit nach einem Anfall

⁵⁰⁸ Vgl. REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 9.

Vgl. GESSNER, H. 1913. Ein Fall von traumatischer Geistesstörung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 39.

⁵⁰⁹ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 69, aufgenommen am 6.2.1926, entlassen am 10.2.1926.

⁵¹⁰ Vgl. KESSELER, K. 1916. Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 7ff. Vgl. GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 279.

⁵¹¹ GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 475.

⁵¹² WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315. S. 296.

⁵¹³ Es wurde angenommen, dass die epileptiformen Erscheinungen bei Hirnschädigungen „vielleicht Folge der häufigen entzündlichen Alterationen an den weichen Häuten“ waren.

AMANN, F. 1929. Zur Diagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. Eine gutachterliche Kritik. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 23.

eine vermeintliche Hirnerschütterung vortäuschen.⁵¹⁴ Obwohl offene Schädelhirnverletzungen mit bis zu 50% Wahrscheinlichkeit mit einer traumatischen Epilepsie einhergegangen wären,⁵¹⁵ wurden sie unter den Würzburger Patienten mit knapp 1% Anteil vergleichsweise selten gezählt (vgl. Anhang, Abb. 25). Dennoch entspricht diese Zahl der zeitgenössischen Schätzung über einen Prozentsatz von etwa 2% traumatisch bedingter Epilepsien unter allen epileptiformen Anfällen.⁵¹⁶ Eine genaue Differenzierung und Kausalitätsprüfung muss sich hierbei sicherlich schwierig gestaltet haben, wie folgende Fälle verdeutlichen sollen: sowohl der am 14.1.1927 aufgenommene L. J. als auch der Dezember 1919 zur Begutachtung in die Klinik gekommene W. L. wiesen eine Unfallanzeige wegen eines Schädelhirntraumas in ihren Patientenakten auf.⁵¹⁷ Während bei Herrn L. der dringende Verdacht auf eine traumatische Hirnschädigung mit traumatischer Epilepsie, trotz differentialdiagnostisch nicht ausschließbarer, vorbestehender Epilepsie, geäußert werden konnte, hatte bei Herrn J. laut Krankenakte schon vor dem Trauma sicher eine genuine Epilepsie bestanden. Aus diesem Grund wurde bei ihm von dem Gutachter ein eventueller Zusammenhang zwischen einem vermeintlichen Anfall, der zu dem angezeigten Radsturz führte, angenommen. Ausgiebige, körperlich-neurologische Untersuchungen, ausführliche Anamnesegespräche und psychologische Testungen, unter anderem zur Prüfung einer etwaigen „Einfallsarmut“ bei Schädelhirntraumata, die eine Störung im Aufzählerversuch, der Rechenleistung und der Sprache mit Wortfindungsstörungen beinhalten konnte, wurden bei Herrn J. durchgeführt.⁵¹⁸ Der Einweisungsgrund mit Verdacht auf Hirnerschütterung in Folge des Unfalls konnte allerdings anhand derer nicht eindeutig bestätigt werden,⁵¹⁹ weshalb differentialdiagnostisch zur *Commotio* ein länger dauernder Dämmerzustand postkonvulsiv in Erwägung gezogen wurde.

Eine weitere große Schwierigkeit in der Unfallbegutachtung stellte „die Schreckerregung (Emotion) oder eine sonstige, mit dem Ereignis in Zusammenhang stehende starke Gemüts-

⁵¹⁴ Vgl. GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 481.

⁵¹⁵ Vgl. REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 149.

⁵¹⁶ Vgl. KESSELER, K. 1916. Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg. S. 7.

⁵¹⁷ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 35, aufgenommen am 13.1.1927, entlassen am 14.1.1927.

Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 196, aufgenommen am 15.12.1919, entlassen am 16.12.1919.

⁵¹⁸ Vgl. BUSEMANN, A. 1948b. Physiologische Untersuchungen an Hirnverletzten. II. Einfallsarmut nach Hirnverletzung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 638–690. S. 679.

⁵¹⁹ Im Standbuch war bei diesem Patienten unter Krankheitsform „genuine Epilepsie, *Commotio*?“ vermerkt.

bewegung“ dar, da sie als „krankmachender Anlass [...] in der Bevölkerung überschätzt und überbewertet“ worden wären.⁵²⁰ Zwar hätte Erschrecken durchaus einen „seelischen Ausnahmezustand“ hervorrufen können, doch wäre dies keinesfalls mit einer traumatischen Gesundheitsschädigung gleichzusetzen gewesen, weswegen per Definitionen in diesen Fällen von keinem versicherungsträchtigen „Unfall“ an sich gesprochen werden sollte.⁵²¹ Doch wurden laut Ansicht von Gutachtungsspezialisten die unspezifischen, vegetativen Erscheinungen harmloser, affektiver Schockreaktionen viel zu häufig mit ernsten, kausal auf das Trauma bezogenen Krankheitsbildern assoziiert. Vielleicht auch um dem Patienten eine plausible, „bequeme Erklärung“ für seine Symptomatik liefern zu können, sei das Symptombild eines Schocks zum Beispiel viel zu häufig Schädelbrüchen oder Hirnerschütterungen zugeschrieben worden.⁵²² Gerade auch bei der Vergabe wissenschaftlich hoch umstrittener Diagnosen wie „Nervenzerüttung, Nervenerschütterung, nervöse Erschöpfung“ oder „Nervenschock“, hätte die große Gefahr bestanden, dem Patienten zu suggerieren, er wäre tatsächlich, vielleicht sogar unheilbar krank.⁵²³ Dadurch hätte sich vor allem bei hypochondrisch-ängstlich Veranlagten das Erscheinungsbild noch weiter zu verstärken gepflegt.

So konnten nach Reichardt regelmäßig Patienten beobachtet werden, die aufgrund eines Entschädigungsgedankens bei versicherten Unfällen⁵²⁴ „unbegründete Krankheits- und Verletzungsbefürchtungen“ äußerten und reaktiv vegetative Erscheinungen präsentierten.⁵²⁵ Aufgrund einer vorbestehenden neuro- oder psychopathischen Veranlagung seien bei diesem Krankheitsbild unter laufendem Entschädigungsverfahren die Gedanken der Betroffenen nur „in Richtung des Verletztgewesenseins“, statt des „Gesundwerdenwollens“ ausgerichtet.⁵²⁶ Aus diesem Grund und auch aus Furcht für parteiisch gehalten zu werden, hätten begutachtende Ärzte häufig zu Misstrauen dem Patienten gegenüber geneigt und in Folge

⁵²⁰ REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 2.

⁵²¹ Ebda. S. 7.

⁵²² Ebda. S. 46.

⁵²³ Vgl. GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 482f.

⁵²⁴ Vgl. REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 59.

⁵²⁵ REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer. S. 46.

⁵²⁶ REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129. S. 87.

zum Teil für den Patienten zu ungünstig geurteilt.⁵²⁷ Eine der insgesamt nur selten genannten Diagnosen der Entschädigungsreaktion entfiel auf den Fall der Patientin K. W.⁵²⁸ Diese wurde nach Sturz vom Scheunenboden am 11.5.1927 als Begutachtungsfall der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft in der Würzburger Psychiatrischen und Nervenlinik mit Verdacht auf Rückenmarksquetschung vorstellig. Ihre seit dem Sturz bestehenden Beschwerden beschrieb sie in der Krankengeschichte mit „Schmerzen am ganzen Körper“, mit „Kopfdruck, Schwindelgefühl, Müdigkeit“ und „Herzklopfen“. Nach Röntgenuntersuchungen der Wirbelsäule und einer ohrenärztlichen und internen Vorstellung,⁵²⁹ konnten, außer einer Pulsbeschleunigung und einem leichten Zittern der Hände, keine pathologischen Befunde objektiviert werden. Deswegen wurden die Beschwerden als „Folge einer nervösen Veranlagung“, und nicht des Unfalls selbst, gedeutet. Da die „subjektiven [...] Beschwerden“ zudem für „zweifellos übertrieben“ gehalten wurden, erhielt die Patientin im Standbuch schließlich die Diagnose „Unfallbegutachtung, Entschädigungsreaktion“.

Zum Kapitelende über die Auswertungsergebnisse der Angaben unter der Kategorie „Krankheitsform“ im Standbuch sollen noch einmal die wichtigsten Punkte zusammenfassend aufgezählt werden. So stellte die Schizophrenie mit insgesamt knapp 30% Anteil mit Abstand die häufigste Diagnoseform bei den Frauen dar, wobei sowohl der Durchschnittsprozentsatz als auch das deutliche Überwiegen schizophrener Frauen im Geschlechtervergleich den Vergleichszahlen entsprachen. Die Verwendung des Ausdrucks „Schizophrenie“ begann im Jahre 1925 und war mit einem Rückgang der zuvor entsprechendes Krankheitsbild bezeichnenden Begriffe der „Dementia“, „Paranoia“ und „Katatonie“ verbunden. Ebenfalls seltener wurde, mit der Verbreitung der „Schizophrenie“ ab Mitte der zwanziger Jahre, die Stellung der Diagnose des „manisch-depressiven Irreseins“, der bei den Frauen insgesamt zweithäufigsten Diagnoseform. Eine wichtige Differentialdiagnose zur Schizophrenie stellte die Psychopathie

⁵²⁷ Vgl. GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 476f.

⁵²⁸ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 62, aufgenommen am 11.5.1927, entlassen am 13.5.1927.

⁵²⁹ Bei Verdacht auf traumatische Verletzungen von Kopf und Rücken wurde als Standarddiagnostik bei Begutachtungen eine Röntgenuntersuchung von Schädel und Rücken, eine HNO ärztliche Untersuchung, insbesondere zur Beurteilung des Innenohrs mit etwaigen Gleichgewichtsstörungen, und eine internistische Untersuchung durchgeführt. Dies bestätigt sich unter anderem in den untersuchten Krankenakten als auch in der Dissertation des Würzburger Studenten Goetz.

Vgl. GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg. S. 4.

dar, welche, wie die damit häufig kombinierte Neuropathie, bei beiden Geschlechtern ab Mitte bis Ende der dreißiger Jahre immer häufiger im Standbuch notiert war. Dabei waren die Psychopathie und Neuropathie auch oft Krankheitsbilder, die von Patienten gezeigt wurden, die für Begutachtungen – einem Spezialgebiet der Würzburger Universitätsnervenklinik – aufgenommen worden waren. Ebenfalls mit Begutachtungen oft assoziiert waren Krankheitsformen mit psychischen Störungen nach Gehirnverletzungen – der zweithäufigsten Diagnosegruppe nach dem Würzburger Schlüssel bei den Männern. Nur die neurologischen Krankheitsbilder waren mit 18,5% Anteil unter den Männern bei den hier vorliegenden Auswertungen noch zahlreicher vertreten. Dass dieser Satz stark von den Vergleichszahlen abweicht, liegt daran, dass die Zuordnung zu dieser Diagnosegruppe gerade von traumatischen Schädelverletzungen und anderen organischen Hirnerkrankungen vielen subjektiven Einflüssen unterliegt.

2.6. Entlassung der Patienten aus der Klinik

Innerhalb dieses letzten Auswertungskapitels sollen abschließend die Ergebnisse der Zählung der Vermerke unter der Sparte „Wohin?“, beziehungsweise „Bemerkungen“, in den Standbüchern besprochen werden. Leider konnte hierbei eine operationalisierte Auswertung über die Verlegungs-/Entlassungsorte nur bis zum Jahre 1925 durchgeführt werden, da in den Jahren danach die Angaben unter dieser Kategorie nur noch vereinzelt eingetragen waren. Von 1919 bis 1925 wurden, wie Abbildung 38 (vgl. Anhang) darstellt, 83% der Aufnahmen wieder nach Hause entlassen. Unter weiterer Hinzunahme von Abbildung 39 (vgl. Anhang) wird hierbei zudem ein deutliches Abweichen der Zahlen im Geschlechtervergleich deutlich: 11% weniger Frauen wurden demnach nach Hause entlassen als Männer, was sich mit der damaligen Annahme unter Psychiatern deckt, Frauen bedürften einer höheren Anstaltspflege als das männliche Geschlecht.⁵³⁰ Entsprechend wurden Frauen mit 8% der Aufnahmen, im Vergleich zu 3% Männern, deutlich häufiger nach Werneck verlegt. Verlegungen nach Lohr mit insgesamt 1% der Aufnahmen bis 1925, in Würzburger Kliniken mit 2% und in andere Einrichtungen mit 3% waren hingegen selten. Auch die Sterblichkeitsrate von durchschnitt-

⁵³⁰ Vgl. LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 778.

lich 6% bis zu jenem Jahr fiel bei den Frauen höher aus als bei den Männern (9%:5%), was wahrscheinlich ebenfalls auf eine größere Entlassungsbereitschaft beim männlichen Geschlecht basierte.

Gerade mittels einer Darstellung der Verlegungs-/Entlassungspraxis im zeitlichen Verlauf über 1925 hinaus hätten vielleicht einige Fragen über den Umgang mit den Patienten der Würzburger Universitätsnervenklinik während des Euthanasieprogrammes näher beleuchtet werden können. Die am 1.9.1939 offiziell gestartete Aktion T4 stellte laut Romey lediglich eine „terroristische Zuspitzung schon vorhandener Absichten, Strukturen, Denk- und Handlungsweisen vor 1933“ dar, welche in der faschistischen Diktatur des NS-Regimes verwirklicht werden konnten.⁵³¹ Schon 1883 definierte Galton, der Vetter Darwins, den Begriff der Eugenik als „Lehre von der guten Erbveranlagung“, die eine „Förderung der Fortpflanzung der Erbgesunden“ und eine „Eindämmung der Fortpflanzung der Erbkranken“ forderte.⁵³² Statt nach dem Ersten Weltkrieg mit „Verelendung breiter Bevölkerungsschichten“ gesellschaftspolitische Lösungsstrategien zur Ursachenbekämpfung von Krankheit und Behinderung zu entwickeln, setzte sich schließlich mit der Aktion T4 die Umgangsform des „Vernichtens“ durch.⁵³³ Denn Behinderte wurden verbreitet als arbeitsunfähig angesehen, was ihre „Ausmerzungen aus der Gemeinschaft“ legitimiert hätte.⁵³⁴ Hingegen als „überlegen und biologisch höherwertig“ galt derjenige, der auf Erden die besten und überzeugendsten Leistungen“ erbrachte.⁵³⁵ Entsprechend legte beispielsweise der Arzt Boeter bereits 1924 ein Gesetz über „Die Verhütung unwerten Lebens durch operative Maßnahmen“ vor, welches forderte, „Geistesranke, Geistesschwache, Epileptiker, Blindgeborene, Taubgeborene und moralisch Haltlose“ zu sterilisieren und diesen erst nach erfolgter Unfruchtbarmachung eine Eheschließung zu erlauben.⁵³⁶ Daraus leitete sich dann schließlich auch „das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ ab, welches am 5.12.1933 in Kraft getreten war und zur Anzeige von „Erbkranken“ verpflichtete, woraufhin das Erbgesundheitsgericht über eine

⁵³¹ ROMEY, S. 1990. "Euthanasie" war Massenmord. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess. S. 57.

⁵³² RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 12.

⁵³³ SCHMIDT, G. 1983. Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess. S. 61.

⁵³⁴ SCHMIDT, W. K. 1937. Bewahrungsgesetz und Erbgesundheitsgesetz. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 142–149. S. 144.

⁵³⁵ JANTZEN, W. 1990. Behinderte im Faschismus. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verlag Spiess. S. 26.

⁵³⁶ RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 21.

Zwangssterilisation entscheiden sollte.⁵³⁷ So hätte nicht nur der Genpool der Bevölkerung verbessert werden können, sondern seien teilweise sogar vorher notwendige Anstaltsunterbringungen nach einem Sterilisationsverfahren unnötig geworden,⁵³⁸ was aus wirtschaftlicher Sicht von der Regierung als überaus positiv gewertet wurde. Dass von den über 350.000 Menschen, die auf Gesetzesgrundlage rechtmäßig⁵³⁹ selektiert und zwangssterilisiert wurden, über 6.000 bei den Eingriffen starben, wurde dabei in Kauf genommen.⁵⁴⁰ Auch in Würzburg wurden laut einem ehemaligen Direktor der gynäkologischen Universitätsklinik seit 1934 knapp 1.000 Zwangssterilisationen durchgeführt. Der damalige Klinikleiter Gauß soll dabei ein Verfechter des Sterilisationsverfahrens, gerade mit ionisierenden Strahlen, gewesen sein.⁵⁴¹ Die zahlenmäßig überwiegend bei den Männern durchgeführten Sterilisationen seien vor allem auf der chirurgischen Abteilung des Luitpoldkrankenhauses, welches im Standbuch regelmäßig als Verlegungsort angegeben war, vollzogen worden.⁵⁴²

Der Start der Aktion T4 im September 1939 bezeichnete dann den nächsten Schritt im Umgang mit den Menschen, „für die [laut Binding und Hoche; A.M.] das Leben jeden Wert verloren“ gehabt hätte und deren „geistiger Tod“ dafür gesorgt hätte, dass sie jegliche „Eigenschaft des Rechtsgutes eingebüßt“ gehabt hätten – zumal die Betroffenen „keine beachtlichen Einwände in die Tötung“ gegeben hätten.⁵⁴³ Damit auf dem Wege der Aktion T4 „unheilbar Kranken [...] der Gnadentod gewährt werden“ konnte,⁵⁴⁴ bildete sich die „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ aus, die bereits besagte Meldebögen an die Einrichtungen aussandte. Darauf war für die Patienten die Art der Krankheit, ein Aufenthalt

⁵³⁷ Vgl. SCHMIDT, W. K. 1937. *Bewahrungsgesetz und Erbgesundheitsgesetz. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 142–149. S. 149.

Vgl. RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 51ff.

⁵³⁸ Vgl. SCHMIDT, W. K. 1937. *Bewahrungsgesetz und Erbgesundheitsgesetz. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 142–149. S. 145.

⁵³⁹ Selbst von den Siegermächten wurden die Sterilisierungen nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund der vorhandenen Gesetzesgrundlage des GeVeN nicht als Verbrechen gewertet.

Vgl. RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 178.

⁵⁴⁰ Vgl. SCHNEIDER, F. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, P. U. N. 2011. *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung; Gedenkveranstaltung 26. November 2010*, Berlin u.a., Springer. S. 11.

⁵⁴¹ Vgl. JUST, S. 2014. *Gedenkstele für Opfer von NS-Verbrechen eingeweiht* [Online]. Available: <http://www.presse.uni-wuerzburg.de/einblick/single/artikel/gedenkstel/> [Accessed 15.7.2017].

⁵⁴² Vgl. SCHMELTER, T., MEESMANN, C., WALTER, G. & PAXL, H. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Werneck. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 40.

⁵⁴³ Binding und Hoche zitiert nach: RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz. S. 27–28.

⁵⁴⁴ Ebda. S. 100.

länger als fünf Jahre, eine etwaige kriminelle Vorgeschichte und die Rassenzugehörigkeit zu vermerken. Drei Gutachter und ein Obergutachter – der am 1.12.1939 in Würzburg zum Klinikdirektor und ab Sommer 1940 zum Leiter der Aktion T4 ernannte Werner Heyde – entschieden anhand den Bögen dann über den Tod von mindestens 100.000 psychisch Erkrankten und Behinderten.⁵⁴⁵ Besonders gefährdet seien laut Fuchs Patienten mit der Diagnose Schizophrenie, aber auch Schwachsinn, Epilepsie und progressiver Paralyse gewesen,⁵⁴⁶ die gutachterlich als „arbeitsunfähig“ erklärt worden waren. Um den Verbleib der Patienten zu verschleiern, wurden sie teils über mehrere Durchgangsanstalten der letztendlichen Tötungsanstalt zugeführt – 490 Lohrer und 377 Wernecker Patienten seien, nach einem Vortrag zur Einweihung der NS-Gedenkstele auf dem Würzburger Psychiatriegelände 2014, davon betroffen gewesen.⁵⁴⁷ Die bis 1925 mit Abstand häufigste Verlegungseinrichtung der Universität Würzburg, die Anstalt Werneck, leugnete lange eine Beteiligung an der Aktion T4, nachdem, bis zur fast vollständigen Räumung der Einrichtung im Oktober 1940, keine Abtransporte in Tötungsanstalten erfolgt waren. Dass aber mit etwa 380 Menschen bei der Räumung etwa die Hälfte aller Patienten über Zwischenstationen letztendlich einer Tötungsanstalt zugeführt wurde, war dabei nicht berücksichtigt worden.⁵⁴⁸ Auch der erste Transport im Rahmen der Euthanasieaktion T4 aus der Anstalt Lohr am 2.10.1940 mit etwa 120 Patienten lief über die Anstalt Großschweidnitz als Zwischenstation, bevor die Patienten über die „Gemeinnützige Krankentransport GmbH“ schließlich in die Vernichtungslagern verbracht wurden. Zahlreich ließen sich bei Untersuchung der Patientenunterlagen Lohrer Betroffener Widersprüche zwischen den Angaben über den Sterbeort und das Transportziel finden, was zu einer weiteren Verdunkelung um das eigentliche Patientenschicksal beiträgt.⁵⁴⁹

⁵⁴⁵ Vgl. Ebda. S. 82f.

Vgl. Anklageschrift vom 22.5.1962 in: HENNERMANN, H. 1985. Werner Heyde und seine Würzburger Zeit. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"; mit 10 Tabellen*. Stuttgart u.a.: Thieme. S. 55.

⁵⁴⁶ Vgl. FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein. S. 61.

⁵⁴⁷ Vgl. Vortrag Dr. Schmelter und Dr. Münzel in: JUST, S. 2014. *Gedenkstele für Opfer von NS-Verbrechen eingeweiht* [Online]. Available: <http://www.presse.uni-wuerzburg.de/einblick/single/artikel/gedenkstel/> [Accessed 15.7.2017].

⁵⁴⁸ Vgl. SCHMELTER, T., MEESMANN, C., WALTER, G. & PAXL, H. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Werneck. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 46f.

⁵⁴⁹ Vgl. POSAMENTIER, R. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 70f.

Zwar wurde das offizielle Euthanasieprogramm im August 1943 zur Beruhigung der aufgebrauchten Bevölkerung gestoppt, doch setzte sich die Krankentötung bis 1945 inoffiziell, dann dezentral, fort. Durch Überdosierungen an Medikamenten oder verhungern lassen, wurde in psychiatrischen Anstalten eine sogenannte wilde Euthanasie betrieben.⁵⁵⁰ Allgemein wird davon ausgegangen, dass ein derartiges, systematisches Vorgehen an den Universitätskliniken nicht die Regel war. Im Gegenteil, an der Würzburger Universitätsnervenklinik wurden, laut mehreren der stichprobenartig untersuchten Krankenakten, Patienten bei Nahrungsverweigerung sogar sondiert.⁵⁵¹ Auch wurde paradoxerweise der Ende 1941 wegen Verdacht auf homosexuelle Neigungen von der NS-Führung aus seinem Amt des Leiters der Aktion T4 entlassene, aber bis 1945 weiterhin Würzburger Lehrstuhlinnehabende Werner Heyde als still, gehemmt und zurückhaltend beschrieben. Sowohl beim Personal als auch bei den Patienten sei er deshalb allgemein beliebt gewesen.⁵⁵²

Die Betrachtung der in Abbildung 40 (vgl. Anhang) aufgetragenen, zeitlichen Entwicklung der Sterblichkeitsrate der in Würzburg aufgenommenen Patienten ergibt ebenso wenig einen Zusammenhang zum Euthanasieprogramm. Vielmehr fällt nach 1939 die Rate – bei den Frauen deutlicher als bei den Männern – sichtlich ab, nachdem der höchste Stand bei beiden Geschlechtern von Mitte bis Ende der dreißiger Jahre erreicht worden war. Unter den Frauen ließ sich in diesem Zeitraum eine maximale, jährliche Sterblichkeit von 16%, bei den Männern von 12% verzeichnen, wobei die Quote beim weiblichen Geschlecht fast durchgehend auf einem höheren Niveau lag als bei den Männern. Nach einer Untersuchung der Sterblichkeitsrate an der Wernecker Anstalt ergaben sich vergleichbare Anstiege ab 1935, was laut Autoren mutmaßlich mit der Senkung des ausbezahlten Pflegesatzes in jenem Jahr assoziiert war.⁵⁵³ Dass außerdem die Maximalwerte zeitlich gerade mit der Einführung der Schocktherapien in der Behandlung der Schizophrenie (vgl. oben) zusammenfielen, könnte

⁵⁵⁰ Vgl. u.a. KLEE, E. 1990. Von der Asylisierung zum Mord. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess. S. 90ff.

Vgl. SCHNEIDER, F. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, P. U. N. 2011. *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung; Gedenkveranstaltung 26. November 2010*, Berlin u.a., Springer. S. 18.

⁵⁵¹ Vgl. u.a. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 286, aufgenommen am 20.8.1943, entlassen am 22.8.1943. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 435, aufgenommen am 2.12.1944, entlassen am 6.12.1944.

⁵⁵² Vgl. BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff. S. 168f.

⁵⁵³ Vgl. SCHMELTER, T., MEESMANN, C., WALTER, G. & PAXL, H. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Werneck. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 39.

einen Zusammenhang zu der hohen Mortalität von knapp 2% jener Therapieformen vermuten lassen.⁵⁵⁴ Zwar ist bei den Frauen unter den Verstorbenen der Anteil an der Diagnose Schizophrenie hoch (1935: 34,5%), doch lässt sich widererwarten keine Zunahme dieses Prozentsatzes mit Einführung der Schocktherapien in Würzburg verzeichnen (1927: 36,4%) – im Gegenteil, 1937 waren es nur mehr 21,4% Anteil an Schizophreniediagnostizierten unter den Todesfällen jenen Jahres. Der hohe Betrag scheint also eher an der im Allgemeinen, um das „Dreifache der Durchschnittsterblichkeit“⁵⁵⁵ erhöhten Sterberate unter den zahlreich als schizophren diagnostizierten Würzburger Patientinnen gelegen zu haben. Gerade Patienten „in schwer stuporösen Zuständen“, wie zum Beispiel Frau F. V., die „nicht ansprechbar“ in die Klinik aufgenommen worden war und in Folge an „Herz-Kreislaufschwäche“ gestorben sei, unterlagen einer hohen Todesrate.⁵⁵⁶

Verwunderlich ist in diesem Zusammenhang nur, dass bei den Männern im dazu stichprobenartig untersuchten Jahr 1937 gerade Mal einer der 22 gestorbenen Patienten die Diagnose Schizophrenie vermerkt hatte. Während bei den Frauen 1935 die Todesursache mit Angaben über senile Entwicklungen, Hirntumoren oder Sepsis meist nachvollziehbar im Standbuch dargestellt war, fehlte bei den verstorbenen Männern 1937 in 13 von 22 Fällen die Angabe unter „Krankheitsform“ komplett. Auch die bei den männlichen Patienten nahe liegende Vermutung über eine hohe Todesrate bei Gehirn- und Rückenmarkverletzten, aufgrund einer „Schädigung lebenswichtiger Zentren im Hirnstamm“ oder „raumbeengende[r; A.M.] Blutungen“ mit „lebensbedrohlichen Hirndruckerscheinungen“, ließ sich hierbei nur bedingt bestätigen.⁵⁵⁷ Nur einer von 22 Todesfällen 1937 hatte die Diagnose „traumatische Halsmarkschädigung“, 1927 waren es noch drei von 11 Todesfällen, die laut Standbuch eine traumatische Hirnschädigung aufgewiesen hätten. Warum bei den verstorbenen Männern in so vielen Fällen eine Angabe unter der Krankheitsform im Standbuch ganz fehlte, lässt sich an dieser Stelle aufgrund des begrenzten Umfangs der Arbeit nicht abschließend klären. Laut

⁵⁵⁴ Vgl. KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96. S. 79. S. 778.

⁵⁵⁵ LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer. S. 778.

⁵⁵⁶ Vgl. UAWü: Patientenakten der Universitätsklinik Würzburg, Lf.nr. 286, aufgenommen am 20.8.1943, entlassen am 22.8.1943.

⁵⁵⁷ KLAUE, R. 1948. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verletzungen des Rückenmarkes mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarkskontusion. Ein Vergleich zwischen Rückenmarks- und Gehirnerkrankungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 180, 206–270. S. 261.

einem Artikel von Schleussing hätten viele der zahlreichen, plötzlichen und unerwarteten Todesfälle von gesund erscheinenden, psychiatrischen Patienten pathologisch-anatomisch durch eine Grippe mit Atemwegsinfekten erklärt werden können.⁵⁵⁸ Auch eine Assoziation mit Tuberkuloseinfektionen und Pneumonien wurde diskutiert.⁵⁵⁹ Sicherlich blieben einige der Fälle trotz in der Regel durchgeführter Obduktionen bis zuletzt unklar, weshalb unter Umständen das entsprechende Kästchen über die Krankheitsform im Standbuch leer geblieben ist. Vielleicht handelte es sich auch lediglich um ein unachtsames Ausfüllen der Diagnoseleiste. Oder wurde zur etwaigen Verschleierung der Todesumstände die Eintragung mancher Diagnosen bewusst ausgelassen? Dies muss in weiterführenden Arbeiten mit Hinzunahme weiterer Krankenakten untersucht werden.

Dass also in Zusammenschau bis 1925 mit 87% deutlich mehr Männer nach Hause entlassen wurden als mit 76% Anteil die Frauen, lag am ehesten an einer höheren Notwendigkeit einer Anstaltspflege erkrankter Patientinnen, weshalb diese zu 8% nach dem Aufenthalt in Würzburg nach Werneck verlegt wurden.

3. Zusammenfassung

Abschließend soll die eingangs formulierte Frage über ein Patientenprofil der Aufnahmen an der Universitätsnervenklinik Würzburg zur Weimarer und NS-Zeit in Zusammenschau der aufgeführten Auswertungen aufgegriffen und die Ergebnisse der Studie erläutert werden.

Insgesamt zeichnete sich seit Beginn des betrachteten Zeitraums 1919 eine stetige Zunahme der Aufnahmezahlen bis zum Jahre 1944 ab. Vor allem die Zahl der aufgenommenen Männer stieg mit Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt, einem Fachspezialisten im Bereich der psychiatrischen Begutachtungen, ab 1926 rapide an. So ist es sicherlich größtenteils den Begutachtungen zu zuschreiben, dass in Würzburg insgesamt mehr als doppelt so viele Män-

⁵⁵⁸ Vgl. SCHLEUSSING, H. 1938. Grippe als Ursache plötzlicher Todesfälle Geisteskranker. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 277–282. S. 277ff.

⁵⁵⁹ Vgl. SCHMELTER, T., MEESMANN, C., WALTER, G. & PAXL, H. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Werneck. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag. S. 39.

ner als Frauen innerhalb der Jahre 1919–1945 in die Universitätsnervenklinik aufgenommen wurden. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer war dabei kurz und ermöglichte einen hohen Patientendurchlauf. Dahingegen wurden Frauen, vor allem mit der Diagnose der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins, lange in der Klinik behalten und ein rascher Bettenwechsel wurde so verhindert. Neben dem unterschiedlichen Diagnosespektrum der Geschlechter gab es aber auch noch weitere Gründe dafür, dass die aufgenommenen Frauen nach den Angaben der Standbücher mit durchschnittlich 61 Tagen (Median 13,8 d) deutlich länger in der Klinik verweilten als die Männer mit 26 Tagen (Median 4,6 d). So konnten Frauen, die sich ruhig und unauffällig verhielten, oft als nützliche Arbeitskräfte im Klinikhaushalt eingesetzt werden. Zudem spielten in Bezug auf die Aufenthaltsdauer auch finanzielle Aspekte der Familie eine Rolle, da scheinbar die Zahlung der Kliniksätze gewährt sein musste. Ab Mitte der zwanziger Jahre verkürzte sich die Liegezeit besonders bei den Frauen auffallend, da im Sinne der Wirtschaftlichkeit bei ausbleibendem Heilungserfolg, im Rahmen eines allgemein neuen Entlassungskonzeptes für psychiatrische Kliniken, eine rasche Verlegung in Anstalten erfolgen sollte. Doch trotz sinkendem Durchschnittswert stieg ab Mitte der dreißiger Jahre der Median und der Verlauf der 90. Perzentile bezüglich der Aufenthaltstage erneut an, was wahrscheinlich durch eine zunehmende Einschließung wissenschaftlich interessanter Patienten in Forschungsprojekte erklärt werden kann.

Mit Fertigstellung des Neubaus der Universitätsnervenklinik wuchsen 1935 die Patientenzahlen erneut kräftig an, genauso wie ab dem Jahre 1941, in welchem die ersten SS-Männer in das Lazarett der neurologischen Abteilung eingeliefert wurden. Dabei waren die Würzburger Patientinnen bei ihrer Eintragung ins Standbuch durchschnittlich 38,1 Jahre alt, die männlichen Patienten waren mit 39,1 Jahren etwas älter, was im Vergleich zu den Patienten der Wittenauer Heilstätten, wo die Diagnose „Psychische Störungen des höheren Lebensalters“ besonders häufig war, ein sehr junges Aufnahmealter darstellte. In Würzburg befanden sich die meisten aufgenommenen Frauen in einem Alter zwischen 20 und 30 Jahren – dem typischen Erkrankungsalter der häufigsten Diagnose Schizophrenie. Der größte Anteil der im Standbuch vermerkten Männer war zwischen 30 und 40 Jahren alt – also in einem Lebensjahrzehnt, in dem vielleicht nach längerer Krankheitskompensation der Mann als Familienoberhaupt und Versorger zu versagen drohte.

Bei insgesamt 34,3% ledigen Patienten, 4,6% verwitweten, 1,1% geschiedenen und 60% verheirateten scheint gerade für Männer ein Ehestand mit einer dahinter steckenden, zu ver-

sorgenden Familie die Wahrscheinlichkeit einer Klinikeinweisung erhöht zu haben. Dabei scheinen Ehefrauen, hingegen geschlechtsspezifischer Verhaltensmuster, seltener die Versorgung ihrer erkrankten Ehemänner übernommen zu haben als es anders herum der Fall war, was sicherlich den finanziellen Aspekt bei Ausfall der oft allein verdienenden Männer als Hintergrund hatte. Offensichtlich beeinflusste außerdem die Art der Diagnose den Familienstand der Aufgenommenen. Bei Krankheiten, die früh in Erscheinung treten und die Partnersuche erschweren, wie Epilepsie und Intelligenzminderungen, war der Anteil an Ledigen unter den Würzburger Patienten überdurchschnittlich hoch. Hingegen waren die Patienten mit Krankheitsbildern, die zu einem späteren Lebensabschnitt als dem des durchschnittlichen Heiratsalters aufzutreten pflegen, eher verheiratet. Dass die in der Würzburger Klinik aufgenommenen Männer unabhängig von der Diagnose deutlich öfter in den Ehestand eingetreten waren als die zum gleichen Zeitraum aufgenommenen Frauen, verdeutlicht deren allgemein bessere soziale Integration und Akzeptanz trotz Krankheit.

Mit durchschnittlich 62% Katholiken und 36% evangelisch getauften Patienten überwog im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung des Würzburger Raums der Anteil an Protestanten. Doch wird das ermittelte Einzugsgebiet der Klinik mit Abdeckung des gesamten mitteldeutschen Raums berücksichtigt, ergibt sich aufgrund des dort niedrigeren Anteils an Katholiken, vor allem unter den aus einem weiteren Umkreis nach Würzburg kommenden Männern, eine in etwa der Allgemeinheit entsprechende Verteilung. Die mit etwa 1% Anteil zunächst überdurchschnittlich häufig in den Standbüchern als jüdisch vermerkten Patienten nahmen in ihrer Zahl ab den dreißiger Jahren aufgrund zahlreicher Emigrationen stetig ab, bevor sie mit Beginn des Holocausts letztendlich gegen null gingen.

Dass, wie eben angedeutet, das örtliche Einzugsgebiet für die in der Universitätsnervenklinik aufgenommenen Männer breiter war als das der Frauen, lag sicherlich an der Spezialisierung der Würzburger Klinik für die zahlreichen neurologischen und zu begutachtenden Krankheitsbilder unter den Männern. Wahrscheinlich aufgrund einer erhöhten Unfallexposition stammten Patienten mit derartigen Diagnosen überdurchschnittlich oft aus ländlichen Regionen. Ebenso waren Aufgenommene, die depressive Reaktionen oder Formen des manisch-depressiven Irreseins unter der Krankheitsform im Standbuch vermerkt hatten, auffallend häufig aus Dörfern mit weniger als 5.000 Einwohnern kommend. Eine mögliche Vereinsamung als exogener Auslöser könnte hierbei in Betracht gezogen werden. Insgesamt betrachtet stammten aber weniger Patienten aus derart kleinen Ortschaften als die verglichene All-

gemeinbevölkerung Mainfrankens. Diese Tatsache unterstützt die Annahme über eine verringerte Wahrscheinlichkeit als psychisch Erkrankter in eine Klinik oder Anstalt eingewiesen zu werden, wenn er in einer guten dörflichen Gemeinschaft integriert ist und von dieser unterstützt wird. Wird jedoch der leicht den Durchschnitt überschreitende Patientenanteil aus Dörfern des direkt an Würzburg angrenzenden Landkreises berücksichtigt, wird deutlich, dass, trotz vielleicht guter Dorfgemeinschaft, ein Erkrankter bei leichter infrastruktureller Zugänglichkeit zur Würzburger Klinik mehrheitlich in diese geschickt wurde.

Vermutlich auch wegen der einfachen Erreichbarkeit kamen besonders viele Aufgenommene, insbesondere Patientinnen, aus der Stadt Würzburg selbst. Außerdem hätte es in Großstädten aufgrund der eigenen Lebensumstände und Herausforderungen allgemein mehr psychisch Kranke gegeben, was sich anhand der vorliegenden Daten mit einem deutlich überdurchschnittlichen Satz an Alkoholkranken, Schizophrenen, progressiven Paralytikern und Psychopathen unter den direkt aus Würzburg stammenden Patienten bestätigen ließ.

Der Durchschnittspatient der Universitätsnervenklinik zwischen 1919 und 1945 war bezüglich seines sozialen Standes zu 60% Wahrscheinlichkeit der Unterschicht zuzuordnen. Mit weiteren 30% der Mittelschicht und 2,4% der Oberschicht Entstammenden fiel die soziale Einordnung der Angaben aus den Standbüchern unter „Stand und Gewerbe“ höher aus als für die zeitgenössische Vergleichsbevölkerung Berlins. Dabei kann festgehalten werden, dass finanzielle Not, wie in der Literatur häufig angedacht, an sich kein erhöhtes Krankheitsrisiko bedingt zu haben scheint. Im Gegenteil – nicht ein niedriger, sondern ein höherer sozialer Stand hat, vermutlich aufgrund eines höheren Gesundheitsbewusstseins dieser Bevölkerungsschicht, zu einer häufigeren Klinikeinweisung Erkrankter in Würzburg geführt.

Außerdem ergaben die Untersuchungen erwartungsgemäß einen bestehenden Zusammenhang zwischen einer krankheitsbedingt eingeschränkten Arbeitsfähigkeit und dem sozialen Status, allerdings scheint dieser unabhängig vom Erkrankungsalter gewesen zu sein. Schließlich handelt es sich bei den Angaben in den Standbüchern um Momentaufnahmen, die nicht nur einen verhinderten Aufstieg bei früh auftretenden Krankheitsformen, sondern auch die Berufsangabe nach einem vielleicht schon widerfahrenen sozialen Abstieg widerspiegeln. Eine Sonderstellung nimmt in Würzburg wiederum die Schizophrenie ein. Trotz der sicherlich die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Krankheitssymptomatik war die Unterschicht unter diesen Patienten mit nur 47,2% Anteil besonders gering und die Mittel- und Oberschicht mit

34,4% und 2,8% besonders zahlreich vertreten. Neben der Tatsache, dass die Schizophrenie seit jeher als Diagnose der Mittelschicht galt, da die Betroffenen oft besonders intellektuell begabt sind, ist dabei nicht außer Acht zu lassen, dass rund 15% der Schizophreniediagnostizierten nach den Standbüchern gar keinem Beruf nachgingen. Hierbei waren überwiegend Frauen und nur vereinzelt Männer als berufslos gekennzeichnet.

Bei den weiblichen Aufnahmen in die Würzburger Universitätsnervenklinik stellte die Schizophrenie mit einem Anteil von 30% nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels die mit Abstand häufigste Diagnoseform dar, bei den Männern waren primär neurologische Krankheitsbilder mit 18,5% am zahlreichsten vertreten. Auch durchschnittlich auf alle Aufnahmen berechnet, stellten diese beiden Krankheitsformen zusammen mit der Summe an psychopathischen Reaktionen, mit jeweils etwa 16% Anteil die am meist genannten Diagnosegruppen dar. Weiterhin hatten mit jeweils etwa 8% Wahrscheinlichkeit die Patienten, bei denen im Standbuch eine Angabe unter Krankheitsform stand, eine Psychopathie oder eine psychische Störung nach Gehirnverletzung vorzuweisen. Die bei Beddies mit 30% am häufigsten gezählten Störungen des höheren Lebensalters hingegen waren bei den Würzburger Patienten mit nur rund 3% vergleichsweise selten zu finden. Erst mit Zunahme des Altersdurchschnitts der Patienten in den vierziger Jahren mit Maximum im Jahre 1945 legte auch in Würzburg der Prozentsatz dieser Diagnosegruppe leicht zu.

Wie in der Einleitung beschrieben, sollte bezüglich der Schizophrenie eine Veränderung der Begriffsverwendung untersucht werden. Dabei ließ sich feststellen, dass der Begriff der Schizophrenie erst seit dem Jahre 1925 in den Standbüchern als solcher auftaucht. Vor diesem Jahr, in dem Reichardt die Klinikleitung übernommen hatte, wurden die Begriffe Katatonie und Paranoia, welche später der Schizophrenie untergruppiert wurden, und die Nomenklatur der Dementia zur Beschreibung des entsprechenden Krankheitsbildes in den Standbüchern verwendet. Mit steigenden Zahlen der Diagnose Schizophrenie, welche nach Schneiders Empfehlungen aufgrund einer differentialdiagnostisch schweren Unterscheidung in den Standbüchern meist nicht näher differenziert war, sank gleichzeitig die Nutzung der genannten Begrifflichkeiten. Vermutlich zur Betreuung von Krankheits- und Therapieforschung verblieb zum Zeitraum des offiziellen Euthanasieprogramms im Vergleich zu den Vorjahren ein höherer Anteil an schizophren Erkrankten länger als der Durchschnitt in der Würzburger Klinik. Wurden die Patienten allerdings störend oder zeigten die Therapieversuche keine weiteren Erfolge kam es zur Anstaltsverlegung.

Eine wichtige Differentialdiagnose zur damals augenscheinlich populären Diagnose der Schizophrenie stellten für die Würzburger Ärzte offenbar die Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises dar. So nahm diese in ihrem Bild der Schizophrenie oft ähnelnde und mit durchschnittlich 9,3% bei den Frauen zweithäufigste Diagnoseform ab Mitte der zwanziger Jahre mit Zunahme der Häufigkeit der Schizophrenie, der depressiven Reaktionen und ab den vierziger Jahren der Depressionen des Rückbildungsalters, in ihrer Zahl deutlich ab. Die erneute Zunahme der Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Formenkreis ab dem Jahre 1945 als Folge der psychischen Belastungen des Krieges deckt sich dabei mit anderen Auswertungen zu diesem Krankheitsbild für die Nachkriegsjahre. Ähnlich der Schizophrenie tat sich auch hier eine Veränderung der Begriffsverwendung auf: mit dem vollkommenen Verschwinden des Ausdrucks der Melancholie ab Mitte der dreißiger Jahre stiegen ersatzweise die Eintragungen an Depressionen an.

Ebenfalls verbunden mit der Abnahme der Erkrankungen des manisch-depressiven Formenkreises ab Mitte der zwanziger und der Abnahme der Schizophrenie bei den Frauen ab Ende der Dreißiger, scheint die Steigerung der Diagnosezahlen an Neuropathie und Psychopathie gewesen zu sein. Diese beiden Krankheitsformen erschienen in den Standbüchern, nach Reichardt aufgrund der engen Verbindung von Psyche und vegetativem Nervensystem, sehr oft in Kombination. Dass derartige Krankheitsbilder unter den Würzburger Patienten im Gegensatz zu Vergleichsarbeiten so häufig auftraten (Psychopathie zu 8%, psychopathische Reaktionen gesamt zu 16% und depressive Reaktionen, worunter die Neuropathie fiel, zu 6%), obwohl sie laut Literatur vor allem im ambulanten Rahmen behandelt worden wären, liegt an den besonderen medizinischen Schwerpunkten der Würzburger Universitätsnervenklinik. Weil sehr viele der zahlreichen Unfallbegutachteten auf dem Boden entsprechender konstitutioneller Anomalien als Reaktion auf den Unfall laut Standbüchern und Krankenakten ein psychopathisches und neuropathisches Verhalten gezeigt haben, machte sich Reichardt folglich die Erforschung dieser Erscheinungen zu seiner Aufgabe. Die aufgenommenen Männer und Frauen waren von der Psychopathie gleich häufig betroffen, bei der Neuropathie dagegen war, laut zeitgenössischer Psychiater aufgrund der höheren Anforderungen an das männliche Nervensystem, das Geschlechterverhältnis zu den Männern hin verschoben. Die der Neuropathie verwandte Neurasthenie stellte seit jeher eine eher positiv behaftete, teilweise als Statussymbol verherrlichte Diagnose dar. Hingegen war die durchschnittlich unter den Frauen häufigere, symptomatisch ähnlich erscheinende endogene Depression e-

her negativ stigmatisiert worden. Wahrscheinlich scheint, dass diese gesellschaftlichen Denkweisen Einfluss auf die Diagnosevergabe der Würzburger Ärzte hatten und in entsprechend errechnete Geschlechterverhältnisse miteingewirkt haben.

Dass Begutachtungen und die nachgewiesen damit oft verbundenen Schädel- und Rückenmarkstraumata ein Würzburger Spezialgebiet verkörperten, offenbart sich unter anderem beim Vergleich des hohen Anteils von rund 10% an psychischen Störungen nach Gehirnverletzungen unter den in Würzburg aufgenommenen Männern mit den entsprechend sehr niedrigen Prozentsätzen dieser Diagnosegruppe sowohl im deutschen Durchschnitt als auch bei den Patienten der Wittenauer Heilstätten. Dabei hätte dieser Anteil noch deutlich höher ausfallen können, wären die im Rahmen dieser Auswertungen zu den neurologischen Erkrankungen gezählten Hirnerschütterungen und ein sicherlich beträchtlicher Teil der nicht näher bezeichneten „Begutachtungen“ zusätzlich addiert worden. Denn bis 1925 war bei zu begutachtenden Patienten im Standbuch unter Krankheitsform nur der Vermerk „zur Begutachtung“ zu finden, eine Angabe zu spezifischen Krankheitsformen fehlte bis dato. Erst mit Übernahme der Klinikleitung durch Reichardt standen hier, zunächst zusätzlich und später ganz ohne Hinweis auf eine gutachterliche Vorstellung, Diagnoseformen der traumatischen Hirn-/Rückenmarksverletzungen, der Entschädigungsreaktionen oder der, wie bereits erwähnt, Neuropathie und Psychopathie notiert. Gerade neuropathische und psychopathische Erscheinungen, eventuell zusätzlich verstärkt durch einen Entschädigungsgedanken, und das Bild einer sogenannten Schreckreaktion, welches keinerlei Krankheitswert gehabt hätte, konnten in ihrer teils unspezifischen Symptomatik den Auswirkungen von Schädeltraumata ähneln. Eine genaue Unterscheidung, ob die vom Patienten beschriebenen Symptome dabei als Unfallfolge zu werten waren, oder bereits vorher, zumindest in ihrer Konstitution, bestanden hatten, war entscheidende Aufgabe des begutachtenden Arztes.

Die meisten der zwischen 1919 und 1945 in die Universitätsnervenklinik Würzburg aufgenommenen Männer waren nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels von einer primär neurologischen Krankheit betroffen. Der in der Untersuchung errechnete Anteil von knapp 16% deckt sich zwar mit der deutschlandweiten Zunahme an neurologischen Krankheitsbildern ab dem 20. Jahrhundert aufgrund breiterer diagnostischer Möglichkeiten, dennoch übersteigt er deutlich die Prozentsätze an neurologischen Patienten in anderen psychiatrischen Universitätskliniken und verdeutlicht so den neurologischen Schwerpunkt der Würzburger Universitätsnervenklinik. Wegen der vielen Schädeltraumata bei Begutachtun-

gen und der besonders neurologisch betonten Forschungsausrichtung Reichardts, stiegen neurologische Diagnosen ab Reichardts Klinikleitungsübernahme 1925 bis 1929 stark an, um sich in den Folgejahren in ihrer Zahl relativ konstant zu halten. Dass an anderer Stelle in der Literatur bezüglich der Würzburger Klinikaufnahmen zwischen 1933 und 1935 lediglich 4% der aufgenommenen Patienten als primär neurologisch erkrankt beschrieben wurden, zeugt zum einen von einer starken exogenen und subjektiven Beeinflussbarkeit der Diagnoseeinteilung. Zum anderen wird dadurch deutlich, dass von damaligen Ärzten der Universitätsnervenlinik primär neurologische Krankheitsbilder innerhalb des Würzburger Schlüssels bevorzugt neurologischen Diagnosen mit gleichzeitig bestehenden psychischen Störungen zugeteilt wurden. So sollte vermutlich eine Abtrennung zu der gleichzeitig in Würzburg bestehenden „Medizinischen und Nervenlinik“ unter der Leitung von Georg Schaltenbrand in der Konkurrenz um neurologische Patienten erreicht werden.

Die eugenisch bedeutsame Diagnose der Epilepsie war zu Beginn der zwanziger Jahre noch am häufigsten in den Standbüchern zu finden, wonach es zu einer konstanten Abnahme kam. Im Vergleich zum deutschen Durchschnitt war die Diagnose Epilepsie in Würzburg relativ selten, wofür möglicherweise eine bevorzugte Zuordnung epileptoider Reaktionen zur Gruppe der Psychopathie und Neuropathie – einem der Würzburger Forschungsschwerpunkte – verantwortlich war. Bezüglich der Angaben über Schwachsinnzustände unter der Krankheitsform konnten zunehmende Nennungen ab 1937 gezählt werden, doch entspricht diese Entwicklung der allgemeinen in Deutschland. So scheint der Einsatz von gesellschaftlich degradierenden Zusätzen über den Intelligenzzustand der Patienten in den Diagnosestellungen ab Ende der dreißiger Jahre leichtfertiger geworden zu sein, eine bewusste Verwendung durch die Würzburger Ärzte, mit der etwaigen Intention ihren Patienten schaden zu wollen, konnte allerdings nicht nachgewiesen werden.

Die höchsten Todesraten unter den Aufnahmen des jeweiligen Jahres waren bei beiden Geschlechtern für die Zeit von Mitte bis Ende der dreißiger Jahre zu verzeichnen (Frauen maximal 16%, Männer maximal 12%), danach wurde sie deutlich geringer. Dass dabei die Sterblichkeitsrate unter den Frauenaufnahmen durchgehend höher ausgefallen ist, kann durch eine höhere Bereitschaft Männer frühzeitig nach Hause zu entlassen erklärt werden. So wurden bis 1925 nur 76% der Frauen, aber 87% der Männer nach ihrem Klinikaufenthalt nach Hause entlassen. Zudem wies gerade die bei den Frauen am zahlreichsten gestellte Diagnose der Schizophrenie eine sehr hohe Sterblichkeitsrate auf. So waren bis zu 35% der

im Standbuch als Todesfall vermerkten weiblichen Aufnahmen Patientinnen mit der Diagnose Schizophrenie. Bei den Männern, die in den Standbüchern als gestorben gekennzeichnet waren, fehlte hingegen eine Angabe unter Krankheitsform zumeist komplett. Ob es sich dabei lediglich um eine Nachlässigkeit des Eintragenden handelte, oder ob die Diagnose und die Todesursache in diesen Fällen bis zuletzt unklar geblieben sind, ließ sich im Rahmen des Umfangs dieser Arbeit nicht abschließend klären. Vielleicht wurden die Diagnoseangaben auch bewusst weggelassen, um vermeintlich iatrogene Todesursachen zu verschleiern. Die Antwort auf diese Ungereimtheiten sollte durch die spezifische Aufarbeitung von entsprechenden Krankenakten in Folgeprojekten geklärt werden.

Was ebenfalls in den hier vorgenommenen Auswertungen, die sich bevorzugt auf die Erstellung eines Patientenprofils der aufgenommenen Patienten konzentrierten, nicht vollends geklärt werden konnte, ist der Verbleib der Patienten nach ihrem Aufenthalt in der Würzburger Universitätsnervenklinik. Leider war eine Auswertung der Vermerke unter „Wohin“ oder „Bemerkung“ in den Standbüchern aufgrund großer Lücken in der Ausfüllung nur bis zum Jahre 1925 möglich. Dabei hätte gerade ein Skizzieren der Verlegungsorte im zeitlichen Verlauf vermeintlich Aufschlüsse über die Rolle der Universitätsnervenklinik im Umgang mit späteren Opfern der Euthanasie geben können. Schließlich waren die Anstalten Werneck und Lohr, in die bis 1925 insgesamt 6% der Würzburger Patienten verlegt worden waren, nach heutigem Wissen mit knapp 900 in Tötungsanstalten verlegten Patienten an der Aktion T4 beteiligt. Zur Beantwortung der Frage über eine Involvierung der Universitätsnervenklinik in die Verlegung von Patienten in Tötungsanstalten über Zwischenstationen, müssen in Folgeprojekten neben Krankenakten der Universitätsklinik auch Patientenakten der Anstalten Werneck und Lohr weiter untersucht werden.

Insgesamt existieren zur Würzburger Psychatriegeschichte bisher, abgesehen von einzelnen Artikeln in Festschriften, nur wenige Materialien, weshalb eine ausführliche Forschung dazu im Rahmen des aktuellen Forschungsprojektes anhand von Patientenakten und Standbücher unerlässlich ist. Gerade um die Wirkung und Bedeutung von Mahnmalen, wie der zahlreichen Stolpersteine und der Gedenkstele in Würzburg, in die Gesellschaft transportieren zu können, muss auch die dazu gehörige Geschichte aufgearbeitet und publik gemacht werden. Nur so kann ein angemessenes Gedenken an die Opfer ermöglicht werden.

4. Anhang

Operationalisierungen:

Alter

- 1- 0–9 Jahre
- 2- 10–19 Jahre
- 3- 20–29 Jahre
- 4- 30–39 Jahre
- 5- 40–49 Jahre
- 6- 50–59 Jahre
- 7- 60–69 Jahre
- 8- 70–79 Jahre
- 9- über 80 Jahre

Herkunft/letzter Wohnort

Einzugsgebiet

- 1- Stadt Würzburg
- 2- Landkreis Würzburg
an Main-Franken angrenzende Gebiete:
- 3- Land Bayern
→ Regierungsbezirk Mainfranken
→ Regierungsbezirk Oberfranken und Mittelfranken
- 4- Land Thüringen
→ Regierungsbezirk Erfurt (bis 1944 Teil der preußischen Provinz Sachsen)
- 5- Land Hessen
- 6- Provinz Hessen-Nassau
→ Regierungsbezirk Kassel
→ Regierungsbezirk Wiesbaden
- 7- Land Württemberg
- 8- Land Baden
→ Regierungsbezirk Karlsruhe
- 9- Deutsches Reich (entsprechend den Grenzen von 1933)
- 10- Besetzte Zonen des Großdeutschen Reiches
- 11- Andere

Größe des Wohnorts (für Gebiet 1 und 2)

- a- Gemeinde < 500 Einwohner
- b- Gemeinde > 500 Einwohner
- c- Gemeinde/Stadt > 5.000 Einwohner
- d- Stadt > 20.000 Einwohner
- e- Stadt > 50.000 Einwohner

Beruf/Schichtzugehörigkeit

soziale Schichtung

- 1- ungelernte Arbeiter
 - Tagelöhner
 - Hausangestellte
- 2- Landarbeiter
- 3- Arbeiter ohne Landarbeiter (angelernte Industriearbeiter, gelernte Arbeiter)
- 4- Handwerker
- 5- Kleine Angestellte/Untere Beamte
- 6- Bauern (Klein- und Vollbauern)
- 7- Kaufleute
- 8- Wirte, Meister etc.
- 9- Mittlere Beamte und Angestellte
- 10- Mittlere Unternehmer
- 11- Gehobene Beamte und Angestellte
- 12- Oberschicht
- 13- kein Beruf
- 14- kein Beruf (Kind)
 - Fürsorgezögling/Anstaltskind

Stellung im Beruf

- 1- Arbeiter
- 2- familiäre Abhängigkeit
- 3- Selbstständig
- 4- Selbstständig oder Abhängig (Gesellen oder Meister) falls keine genauere Zuordnung möglich
- 5- Meister oder Werksmeister ohne genauere Zuordnung
- 6- Angestellte
- 7- Beamte

Berufsangabe von

- a- eigener Beruf
- b- Beruf der Eltern
- c- Beruf des Ehemanns

Familienstand

- 1- ledig
- 2- verheiratet
- 3- verwitwet
- 4- geschieden

Religion

- 1- Katholisch
- 2- Evangelisch
- 3- Jüdisch
- 4- Sonstige

Diagnosen

Würzburger Schlüssel

- 1- angeborene und früherworbene Schwachsinnzustände (Idiotie und Imbezillität)
 - 1a- ohne nachweisbare Ursache
 - 1b- infolge einer nachgewiesenen Gehirnschädigung
 - 1c- Kretinismus
- 2- Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung)
 - 2a- akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen)
 - 2b- traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderungen usw.)
- 3- Progressive Paralyse
- 4- Psychische Störungen bei Lues, Tabes
- 5- Encephalitis epidemica
- 6- psychische Störungen des höheren Lebensalters
 - 6a- arteriosklerotische Formen (einschl. der gemeinen Hypertonie)
 - 6b- präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder)
 - 6c- senile Formen
 - 6d- andere Formen (Alzheimer, Pick)
- 7- Huntingtonsche Chorea
- 8- Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, MS)
- 9- Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (symptomatische Psychose)
 - 9a- Bei Infektionskrankheiten (ua. Chorea minor)
 - 9b- Bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Gastrointestinalerkrankungen, Diabetes, Urämie und Eklampsie, Anämie, Carcinose, Pellagra...
 - 9c- Bei Basedow, Myxödem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen
 - 9d- symptomatische Psychosen im Puerperium und während der Laktation
- 10- Alkoholismus
 - 10a- Rauschzustände
 - 10b- chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn...)
 - 10c- Delirium tremens und Halluzinose
 - 10d- Korsakowsche Psychose (Polioencephalitis Haemorrhagica)
- 11- Süchte (Morphin, Kokain...)
- 12- Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Schlafmittel, Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenmonoxyd...
- 13- Epilepsie
 - 13a- ohne nachweisbare Ursache
 - 13b- symptomatische Epilepsie
- 14- schizophrener Formenkreis
- 15- manisch-depressiver Formenkreis
 - 15a- manische und depressive Phasen
 - 15b- hyperthyme, dysthyme und zylothyme Konstitution
- 16- Psychopathische Persönlichkeiten
- 17- abnorme Reaktionen
 - 17a- paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u.ä.)
 - 17b- depressive Reaktionen, welche nicht unter 15a fallen
 - 17c- Haftreaktionen
 - 17d- Renten neurosen
 - 17e- andere Psychogene Reaktionen

- 17f- induziertes Irresein
- 18- Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. LJ)
- 19- ungeklärte Fälle
- 20- Nervenkrankheiten ohne psychische Störung
- 21- Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen
- 22- nicht einordbar
 - ZNS Beteiligung
 - ohne ZNS Beteiligung
- 23- Anteil eingeordneter Verdachtsdiagnosen (mit ?)

Einzelanzählung häufig genannter Diagnosen

- 1- Schizophrenie
- 2- Schwachsinn
- 3- Psychopathie
- 4- Neuropathie
- 5- traumatische Kopf-/Rückenmarksverletzungen
- 6- Depression
- 7- Demenz
- 8- Manie
- 9- Melancholie
- 10- Paranoia
- 11- (Hirn-)Arteriosklerose
- 12- Psychose
- 13- Zur Begutachtung

Bemerkung/Abgang

- 1- andere Institution
- 2- Tod
- 3- Lohr
- 4- Werneck
- 5- Würzburger Klinik
- 6- nach Hause

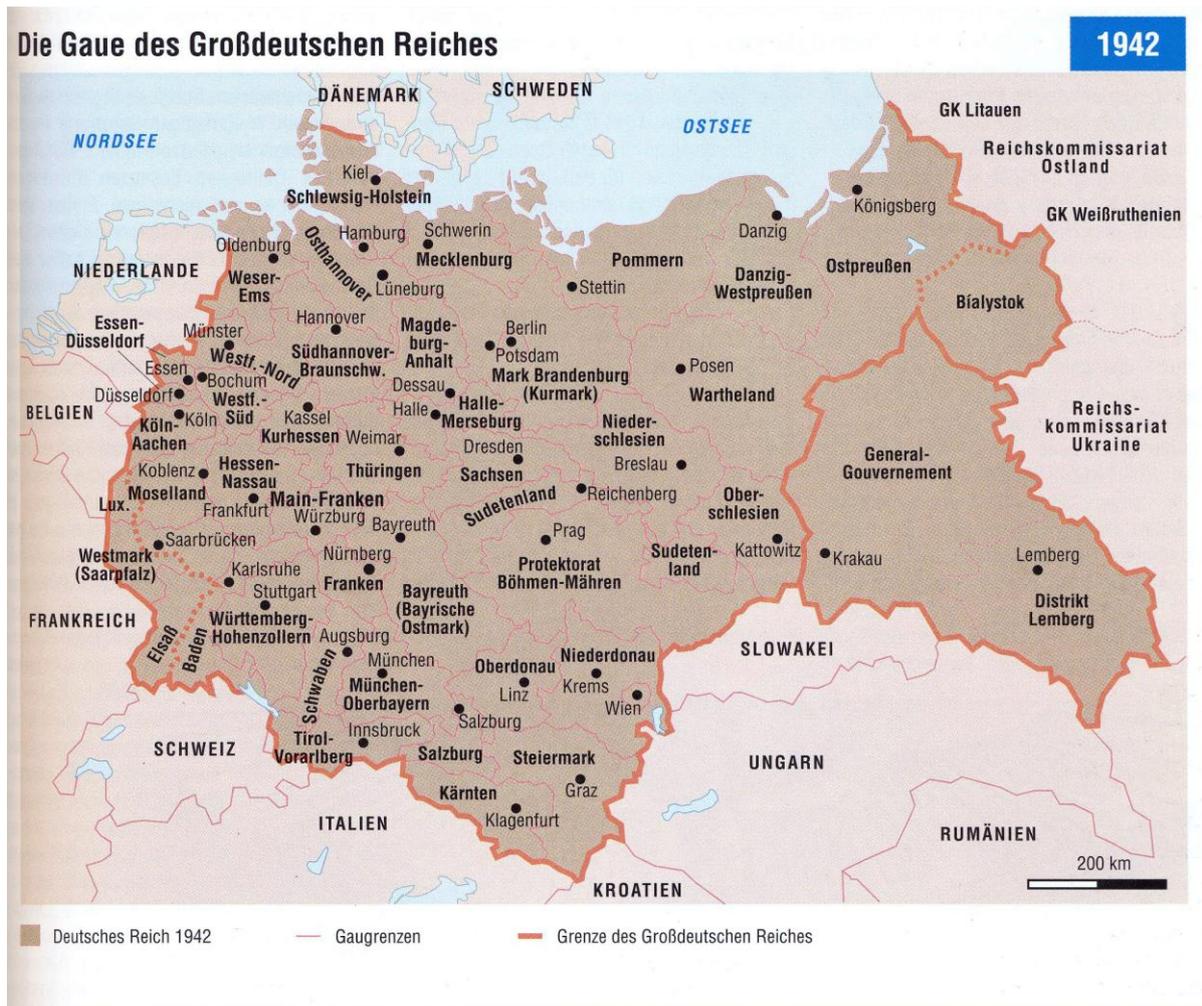


Abbildung 1: Die Gaue des Großdeutschen Reiches 1942; mit Abbildung des zentral gelegenen Mainfrankens.⁵⁶⁰

⁵⁶⁰ Wiedergabe mit freundlicher Genehmigung durch den Cornelsen-Verlag. Vgl. LEISERING, W. 2011. *Putzger – Historischer Weltatlas*, Berlin, Cornelsen. S. 109.



Abbildung 2: Die deutschen Länder der Weimarer Republik bis 1933.⁵⁶¹

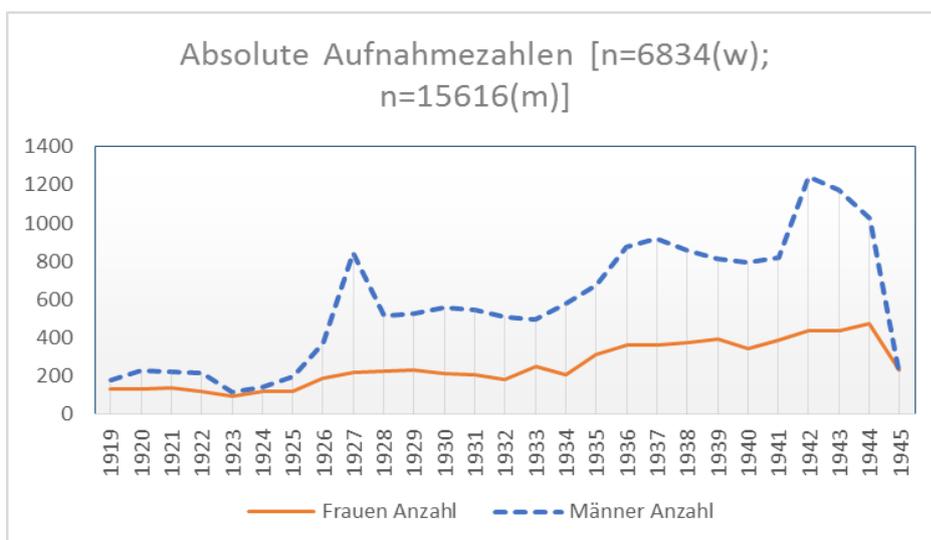


Abbildung 3: Absolute Aufnahmezahlen im Geschlechtervergleich über den jährlichen Verlauf hinweg.

⁵⁶¹ Wiedergabe mit freundlicher Genehmigung durch den Cornelsen-Verlag. Vgl. ACKERMANN, M. 2009. Putzger – Atlas und Chronik zur Weltgeschichte, Berlin, Cornelsen. S. 245.

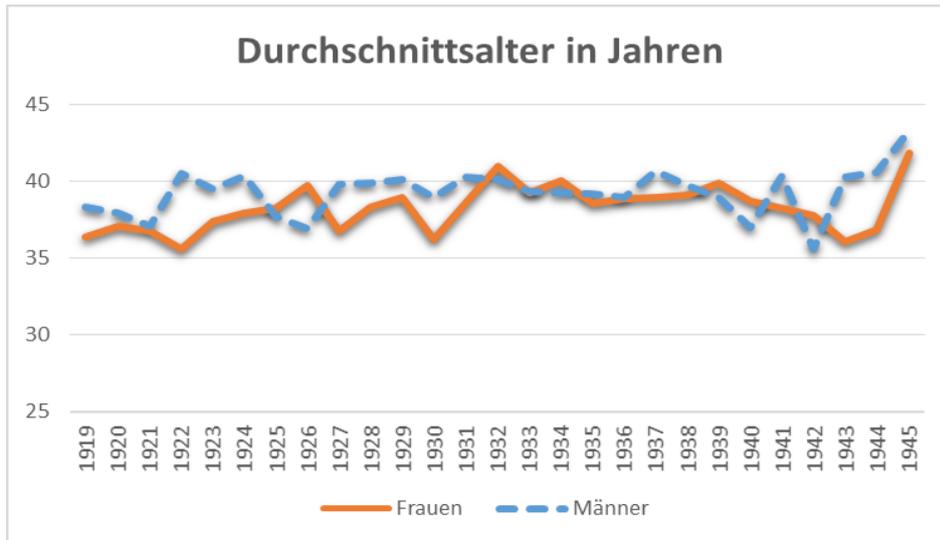


Abbildung 4: Durchschnittsalter der Aufnahmen gesamt im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.

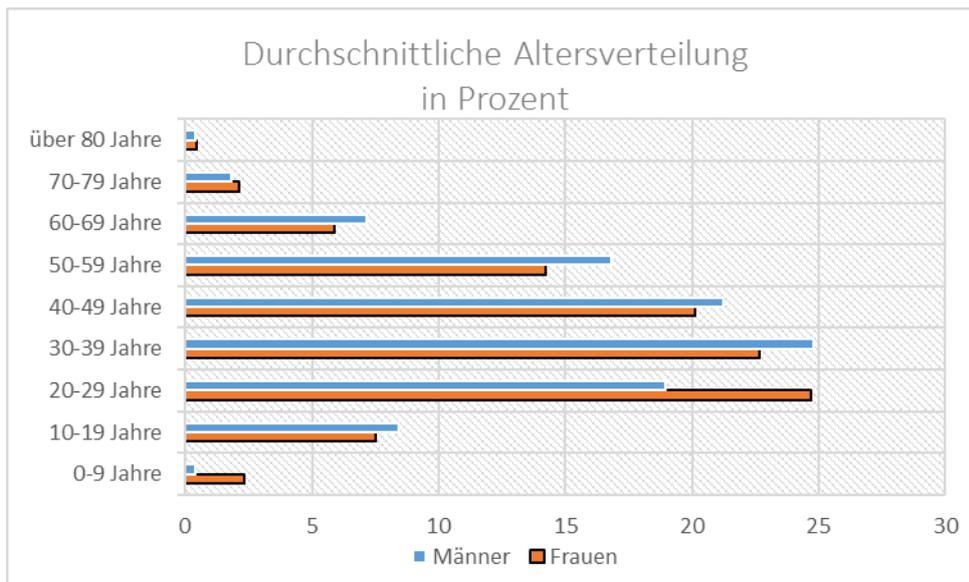


Abbildung 5: Durchschnittliche Altersverteilung in Prozent im Geschlechtervergleich.

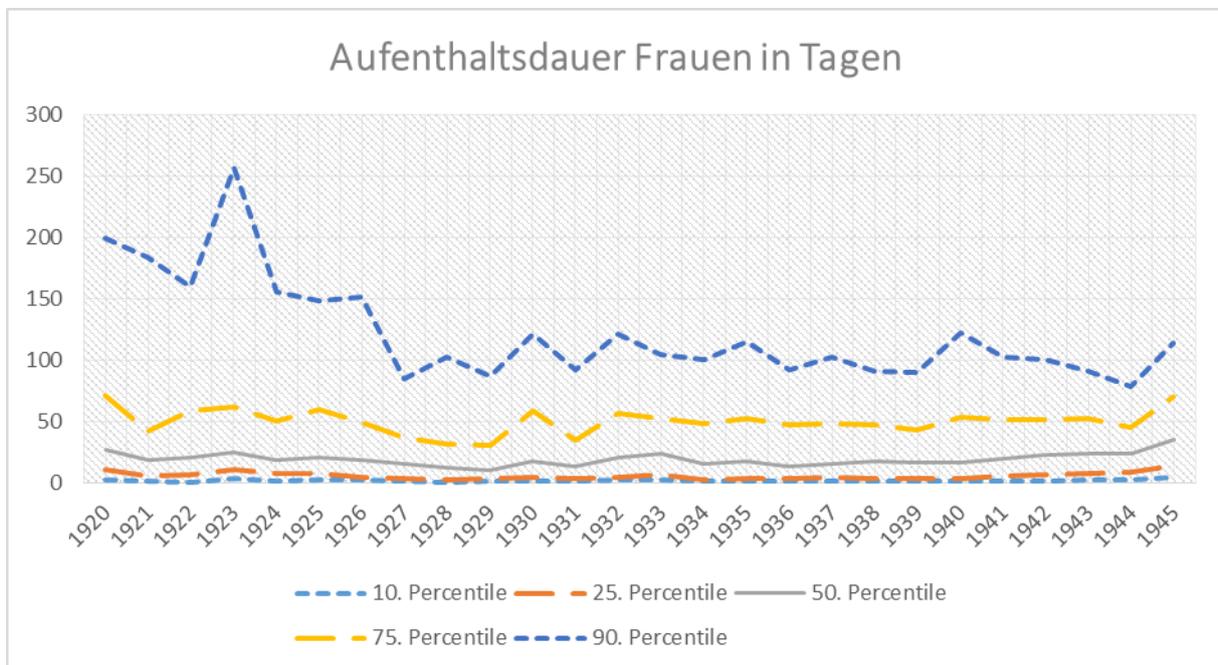
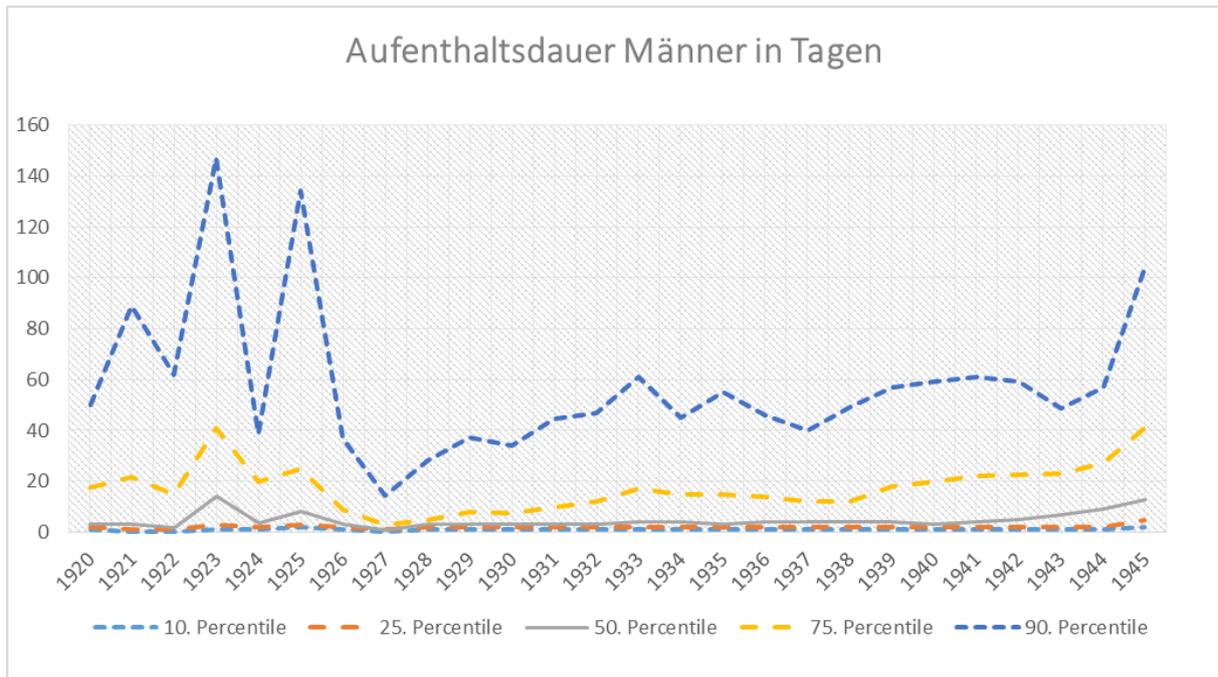


Abbildung 6: Perzentilenkurven zur Veranschaulichung der Aufenthaltsdauer beider Geschlechter.

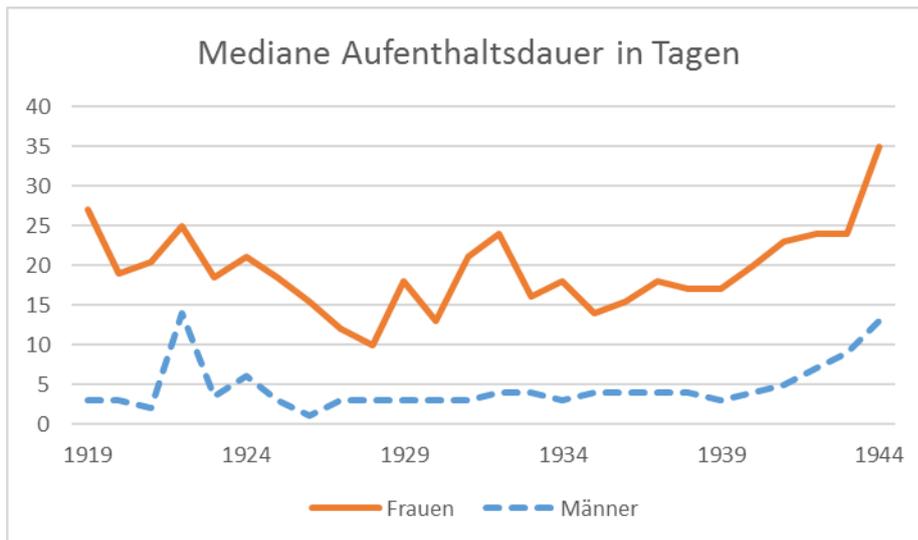


Abbildung 7: Mediane Aufenthaltsdauer in Tagen im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.

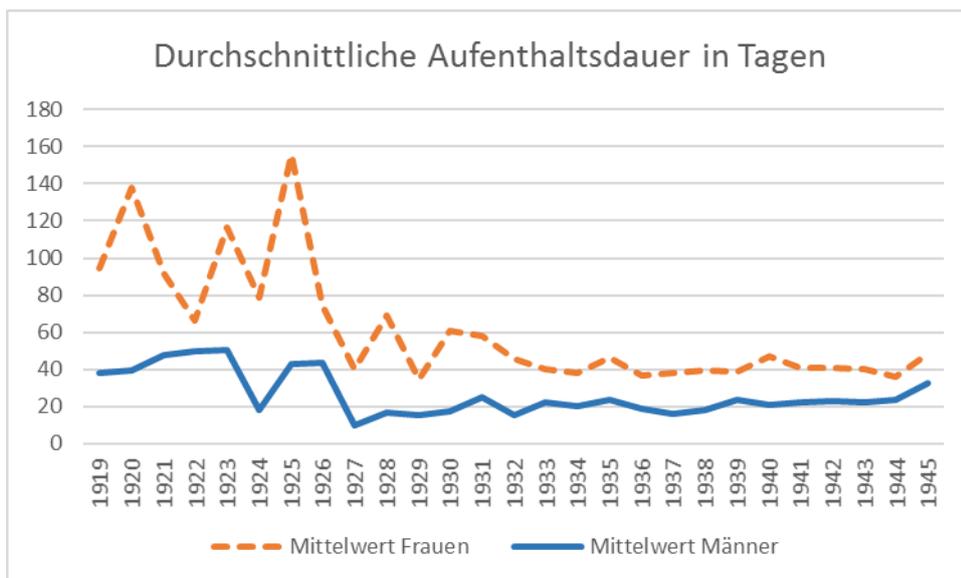


Abbildung 8: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.

Herkunftsverteilung	Frauen	Männer	Gesamt
Stadt Würzburg	26,1	13,3	19,7
Landkreis Würzburg	5,8	4,9	5,4
Land Bayern	3,2	7,5	5,4
→ Regierungsbezirk Mainfranken	39,8	34,6	37,2
→ Regierungsbezirk Oberfranken und Mittelfranken	5,9	10,7	8,3
Land Thüringen	4,0	4,9	4,4
→ Regierungsbezirk Erfurt	1,6	1,3	1,5
Land Hessen	0,9	1,2	1,1
Provinz Hessen-Nassau			
→ Regierungsbezirk Kassel	1,5	2,3	1,9
→ Regierungsbezirk Wiesbaden	0,3	1,1	0,7
Land Württemberg	3,8	7,8	5,8
Land Baden	0,5	1,7	1,1
→ Regierungsbezirk Karlsruhe	3,2	4,1	3,7
Deutschland (entsprechend Grenzen nach 45)	2,2	3,0	2,6
Besetzte Zonen des Großdeutschen Reiches	0,8	1,4	1,1
Andere	0,4	0,1	0,2

Abbildung 9: Verteilung der Herkunftsangaben in Prozent nach Zuordnung bestimmter Regionen.

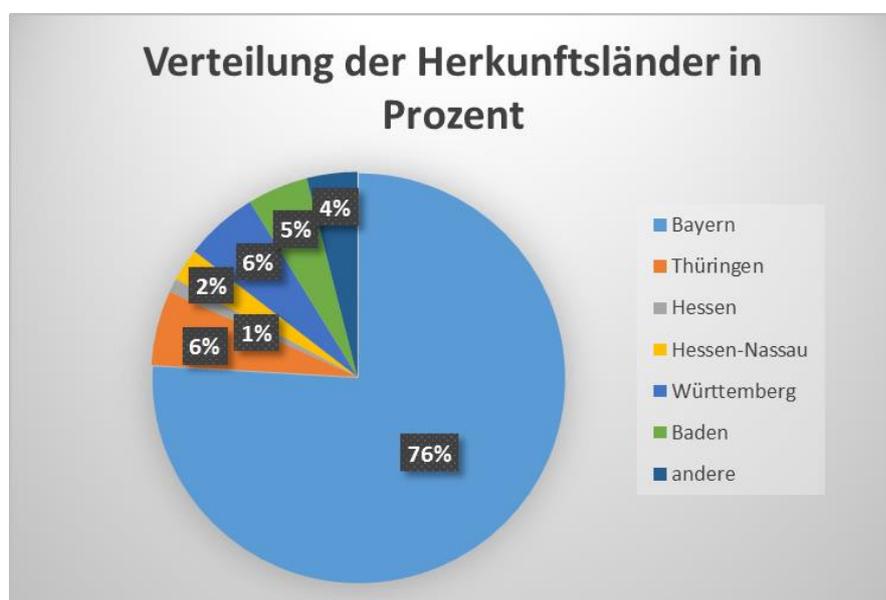


Abbildung 10: Durchschnittliche Verteilung der Herkunftsländer der Patienten in Prozent.

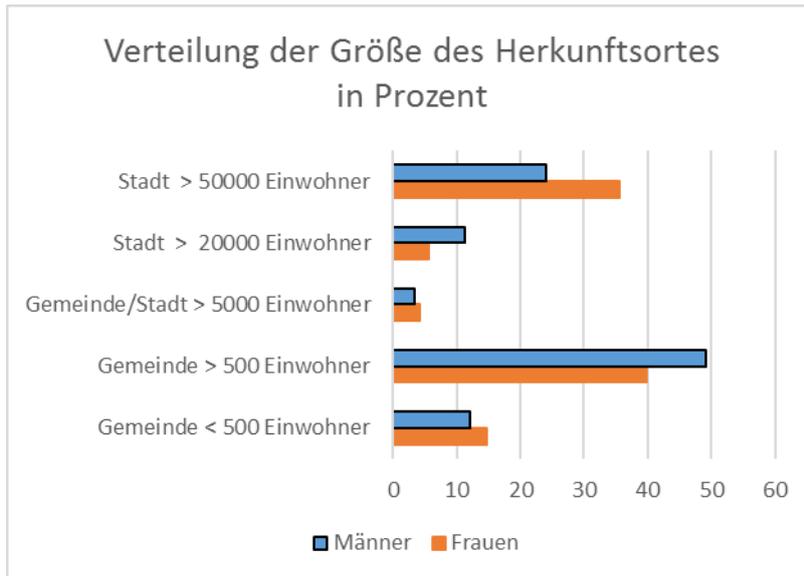


Abbildung 11: Verteilung der Größe des Herkunftsortes der Patienten in Prozent.

Einwohnerzahl	DS	14	15a	16	17b	20	10a	3	1a
< 500	13,4	15,6	14,5	9,4	12,7	16,7	9,1	4,3	20,5
> 500	44,5	40,9	49,7	40,9	52,4	53,1	36,4	33,0	43,8
> 5000	3,8	2,9	3,6	3,9	1,6	2,6	3,0	6,4	4,5
> 20000	8,5	5,9	8,8	11,0	15,9	9,9	3,0	19,1	4,5
> 50000	29,8	34,7	23,3	34,6	17,5	17,7	48,5	37,2	26,8

Abbildung 12: Verteilung der Größe des Herkunftsortes bestimmter Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel in Prozent („DS“ entspricht Durchschnitt).

Stellung im Beruf	gesamt	Frauen	Männer
Arbeiter	29,9	23,9	32,2
familiäre Abhängigkeit	5,6	15,3	1,9
Selbstständig	20,9	25,6	19,1
Selbstständig oder Abhängige	24,8	11,8	29,8
Meister oder Werksmeister	1,9	1,9	1,9
Angestellte	12,9	15,7	11,8
Beamte	4,0	5,9	3,3

Abbildung 13: Einordnung der Patienten mit Berufsangaben nach ihrer Stellung im Beruf in Prozent.

Soziale Schicht	Gesamt	Frauen	Männer	
ungelernte Arbeiter	16,4	11,5	18,5	Unterschicht
→ Tagelöhner	1,1	0,6	1,2	
→ Hausangestellte	4,0	11,9	0,8	
Landarbeiter	1,5	0,9	1,7	
angelernte Arbeiter	7,6	6,7	8,1	
Handwerker	24,4	9,9	30,5	Mittelschicht
Kleine Angestellte/Untere Beamte	4,9	5,3	4,7	
Bauern (Klein- und Vollbauern)	13,3	14,5	12,8	
Kaufleute	3,3	2,3	3,7	
Wirte, Meister etc.	3,9	4,9	3,5	
Mittlere Beamte und Angestellte	6,7	8,3	6,0	
Mittlere Unternehmer	0,5	0,6	0,5	
Gehobene Beamte und Angestellte	2,6	3,1	2,4	Oberschicht
Oberschicht	2,4	2,4	2,4	
kein Beruf	3,9	12,0	0,6	
kein Beruf (Kind)	1,8	2,5	1,4	
→ Fürsorgezögling/Anstaltskind	0,1	0,3	0,0	
Rentner	1,0	1,3	0,9	
Pfändner/Privatier	0,7	1,1	0,5	

Abbildung 14: Soziale Schichteinordnung der Patienten mit Berufsangaben in Prozent.

	1a	2b	13a	14	15a	16	17b	20
Unterschicht	40,4	20,0	42,5	36,6	38,4	47,6	45,7	25,4
Mittelschicht	55,3	80,0	55,0	59,7	57,0	50,0	48,6	71,3
Oberschicht	4,3	0,0	2,5	3,7	4,6	2,4	5,7	3,3

Abbildung 15: Prozentuale Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit bei bestimmten Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel für Berufsangaben, die den Beruf der Eltern oder des Ehemanns verifizierten.

	1a	2b	13a	14	15a	16	17b	20
Unterschicht	72,6	70,1	56,0	47,2	36,6	67,6	71,1	67,1
Mittelschicht	13,9	27,8	32,0	34,4	46,9	24,1	23,8	29,5
Oberschicht	0,4	1,1	2,5	2,8	5,7	4,7	1,3	1,2
ohne Beruf	13,0	0,9	9,5	15,5	10,8	3,5	3,9	2,3

Abbildung 16: Prozentuale Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit bei bestimmten Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel für Berufsangaben, die den eigenen Beruf verifizierten.

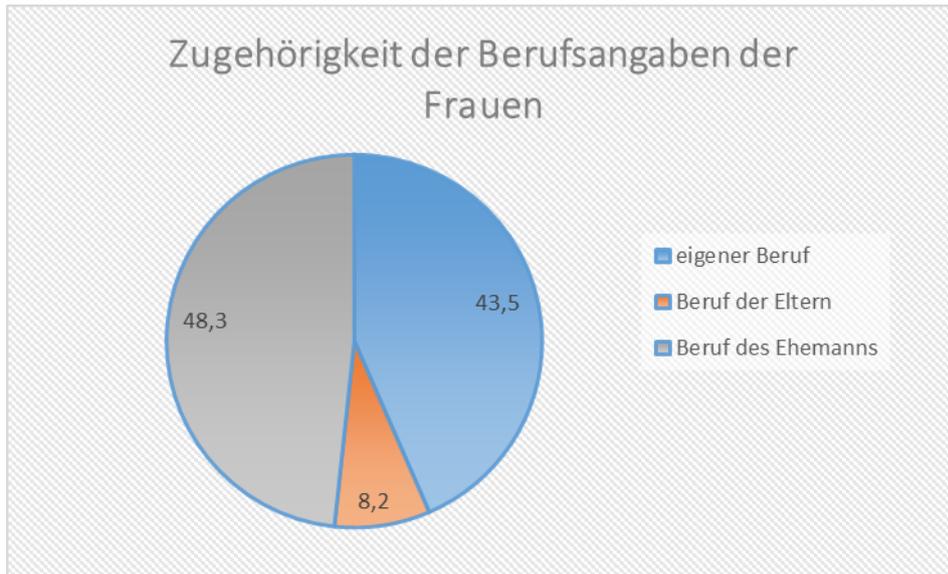


Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der für die weiblichen Patientinnen gemachten Berufsangaben nach ihrer Zugehörigkeit.

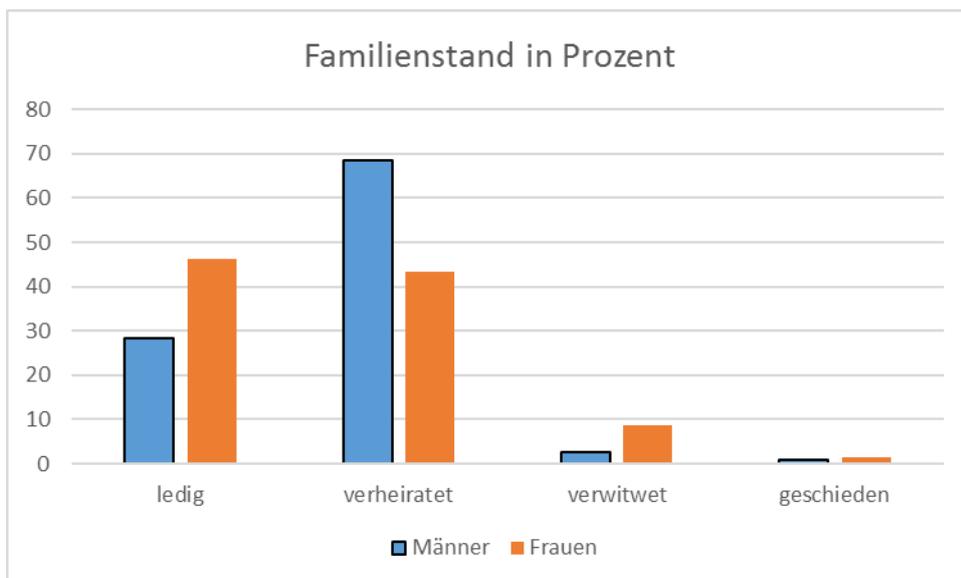


Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Angaben unter „Familienstand“ im Geschlechtervergleich.

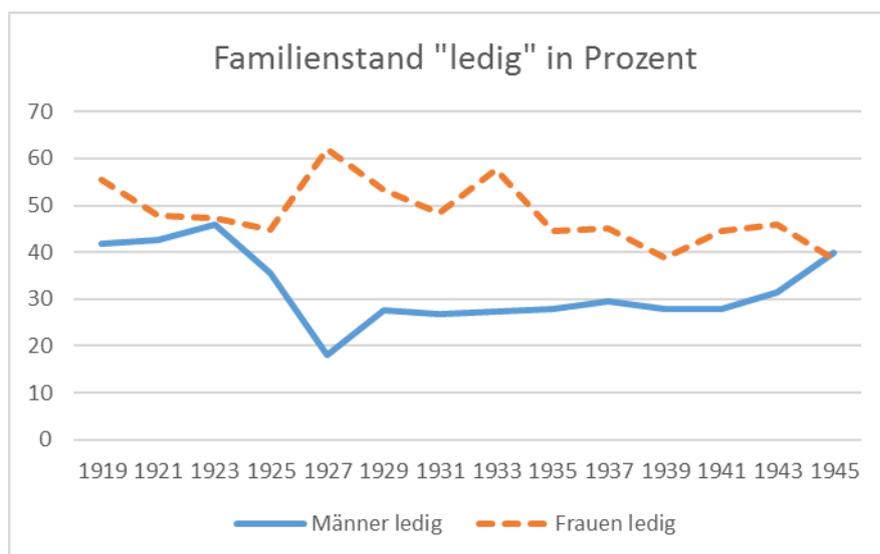


Abbildung 19: Prozentualer Anteil Lediger über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

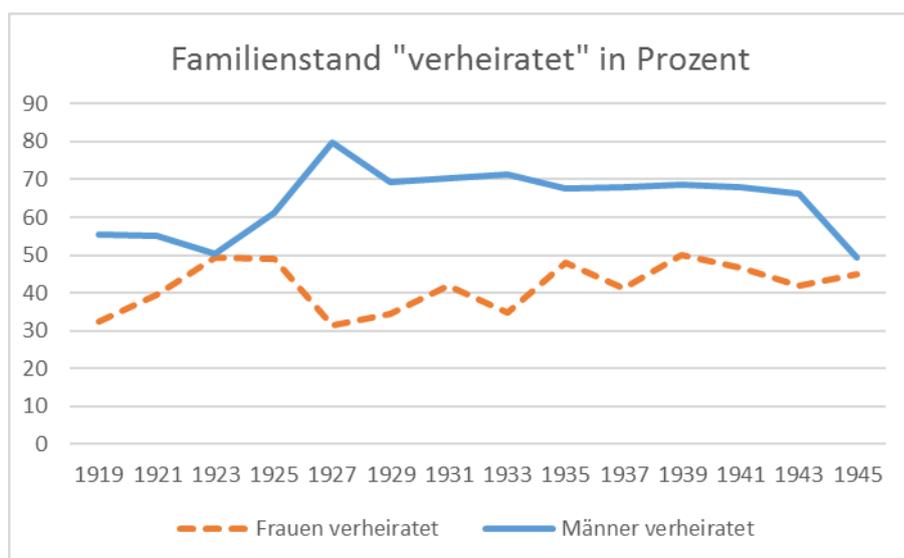


Abbildung 20: Prozentualer Anteil Verheirateter über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

	1a	2b	3	6a	6b	6c	10b	10c	13	13a	13b	14	15a	17	17a	17b	17d	17e
ledig	71,4	20,5	16,1	6,3	5,7	5,9	10,3	13,9	53,2	49,5	19,7	61,0	28,4	21,2	36,5	25,9	6,1	11,1
verheiratet	28,6	77,5	80,7	81,0	88,7	47,1	81,0	86,1	45,5	50,0	80,3	37,0	68,8	72,2	57,7	73,4	92,0	87,4
verwitwet	0,0	1,6	2,1	9,5	5,7	47,1	6,9	0,0	1,3	0,5	0,0	0,6	2,1	3,8	5,8	0,5	1,1	1,5
geschieden	0,0	0,3	1,0	3,2	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,7	2,8	0,0	0,2	0,8	0,0

Abbildung 21: Prozentuale Verteilung des Familienstandes der Männer bestimmter Diagnosegruppen des Würzburger Schlüssels.

	1a	2b	3	6a	6b	6c	10b	10c	13	13a	13b	14	15a	17	17a	17b	17d	17e
ledig	73,2	38,6	26,4	12,2	11,0	28,6	11,1	33,3	74,2	78,9	57,1	53,9	38,8	57,7	33,8	50,0	31,6	50,0
verheiratet	21,5	50,9	69,8	36,7	64,0	23,8	66,7	66,7	19,4	15,8	14,3	41,4	51,0	35,2	54,5	41,5	52,6	44,7
verwitwet	4,7	8,8	3,8	49,0	24,0	47,6	22,2	0,0	6,5	5,3	14,3	3,6	9,4	5,6	10,4	5,4	15,8	3,9
geschieden	0,7	1,8	0,0	2,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	1,1	0,7	1,4	1,3	3,1	0,0	1,3

Abbildung 22: Prozentuale Verteilung des Familienstandes der Frauen bestimmter Diagnosegruppen des Würzburger Schlüssels.

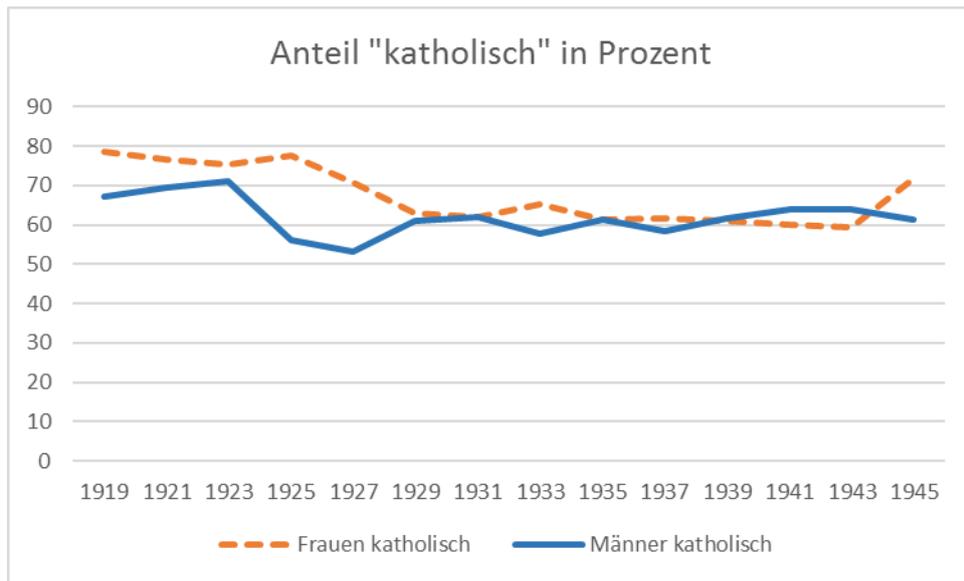


Abbildung 23: Prozentualer Anteil des Vermerks „katholisch“ unter Konfession über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

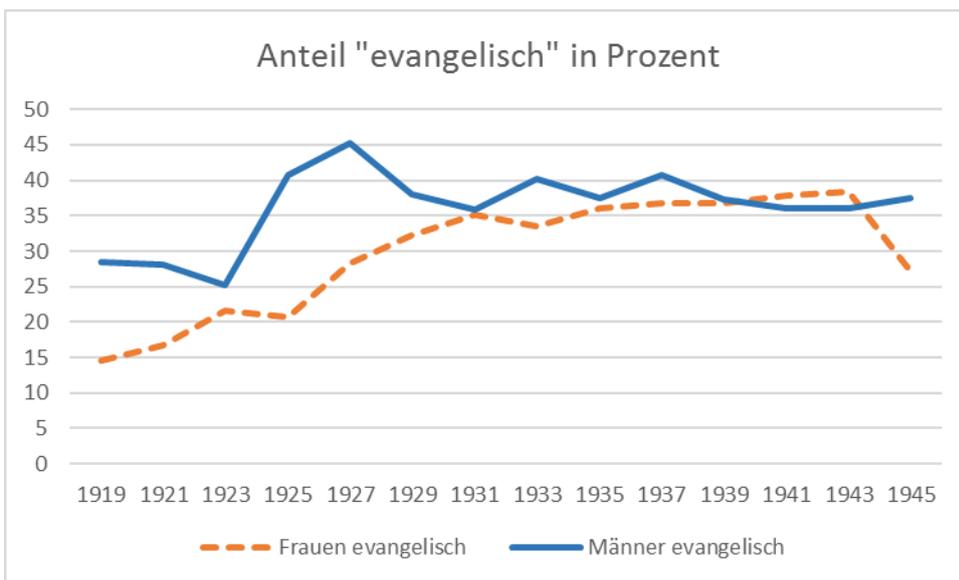


Abbildung 24: Prozentualer Anteil des Vermerks „evangelisch“ unter Konfession über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

Diagnose	gesamt (n=9879)	Frauen (n=3159)	Männer (n=6720)
1	0,0	0,1	0,0
1a	3,7	4,7	3,2
1b	0,3	0,4	0,2
1c	0,0	0,1	0,0
2	0,1	0,1	0,2
2a	0,2	0,2	0,2
2b	7,3	1,9	9,9
3	2,5	1,8	2,8
4	0,8	0,6	1,0
5	0,1	0,0	0,1
6	0,1	0,1	0,1
6a	1,2	1,7	1,0
6b	1,6	3,3	0,8
6c	0,4	0,7	0,3
6d	0,1	0,2	0,0
7	0,2	0,4	0,1
8	0,5	0,5	0,5
9	0,5	1,1	0,2
9a	0,3	0,5	0,2
9b	0,3	0,4	0,3
9c	0,1	0,2	0,1
9d	0,1	0,3	0,0
10	0,0	0,0	0,0
10a	0,2	0,0	0,2
10b	0,7	0,3	0,9
10c	0,4	0,1	0,6
10d	0,1	0,2	0,1
11	0,3	0,3	0,3
12	0,2	0,1	0,3
13	1,0	0,9	1,1
13a	3,0	3,1	2,9
13b	0,8	0,3	1,1
14	15,6	29,4	9,2
15	0,1	0,1	0,0
15a	4,3	9,2	2,0
15b	0,1	0,0	0,1
16	8,0	7,9	8,1
17	2,9	2,3	3,1
17a	1,3	2,4	0,8
17b	5,8	4,1	6,5
17c	0,0	0,0	0,0
17d	2,9	0,7	4,0
17e	3,4	2,5	3,8
17f	0,0	0,0	0,0
18	0,5	0,2	0,7
19	1,4	1,4	1,3
20	15,7	9,7	18,5
21	1,0	0,5	1,3
22	6,1	2,8	7,7
22a	3,2	2,0	3,8
22b	0,5	0,2	0,6

Abbildung 25: Prozentuale Verteilung der ausgewerteten Diagnoseangaben nach dem Würzburger Schlüssel im Geschlechtervergleich.



Abbildung 26: Prozentuale Verteilung der ausgewerteten Diagnoseangaben nach dem Würzburger Schlüssel.

Einzelzählung Diagnosen	gesamt	Frauen	Männer
Schizophrenie	1474	887	587
Schwachsinn	566	232	334
Psychopathie	1057	307	750
Neuropathie	675	159	516
traumatische Hirnschädigung	1703	159	1544
Depression	252	135	117
Demenz	152	73	79
Manie	116	66	50
Melancholie	172	126	46
Paranoia	126	80	46
(Hirn-)Arteriosklerose	365	112	253
Psychose	143	100	43
Zur Begutachtung	1314	88	1226
Epilepsie, epileptiforme Anfälle	577	152	425
Katatonie	163	97	66
Entschädigungsreaktion	104	18	86
GESAMT	8898	2791	6107

Abbildung 27: Einzelzählung der absoluten Nennungen bestimmter Begrifflichkeiten unter „Krankheitsform“ im Standbuch im Geschlechtervergleich.

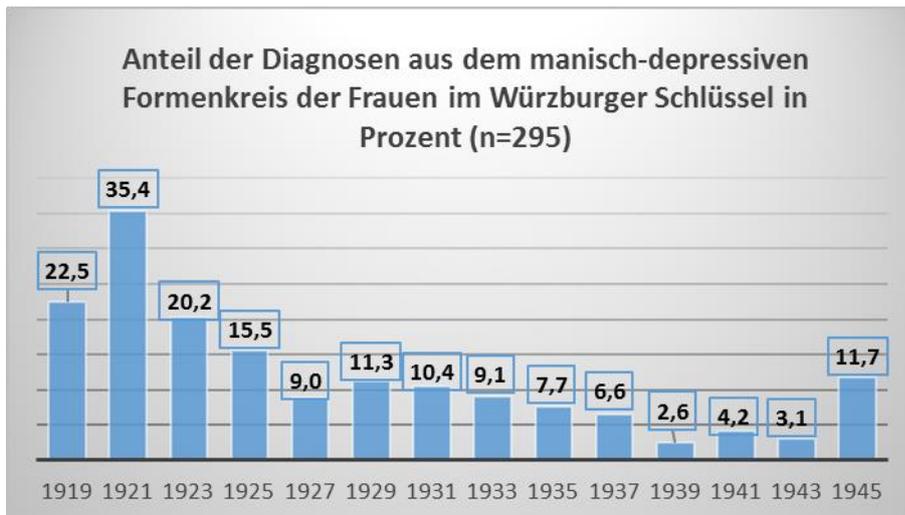


Abbildung 28: Prozentualer Anteil der Diagnosen aus dem manisch-depressiven Formenkreis der aufgenommenen Frauen im zeitlichen Verlauf.

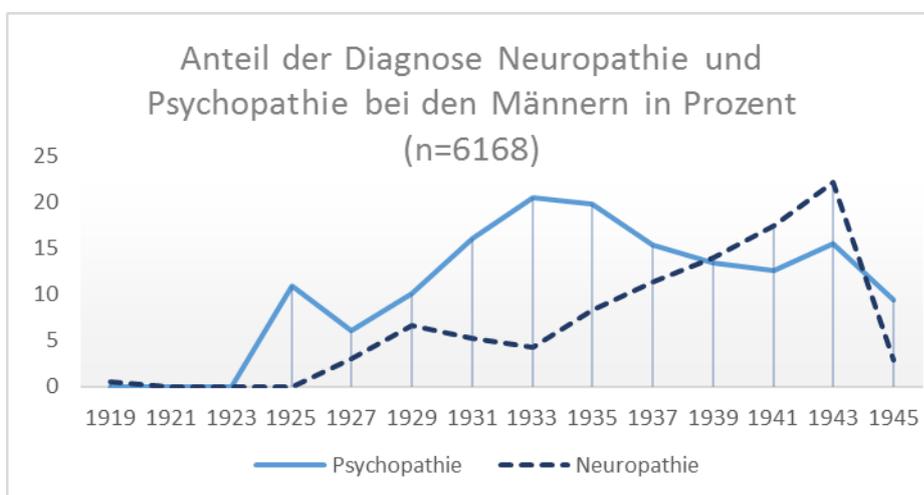
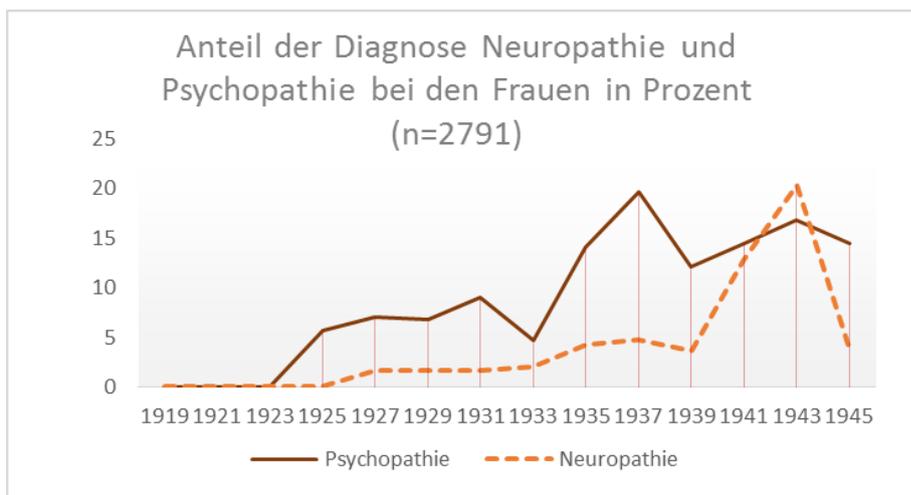


Abbildung 29: Prozentualer Anteil der Nennungen der Begriffe Neuropathie und Psychopathie unter „Krankheitsform“ unter allen ausgezählten Einzelnennungen über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

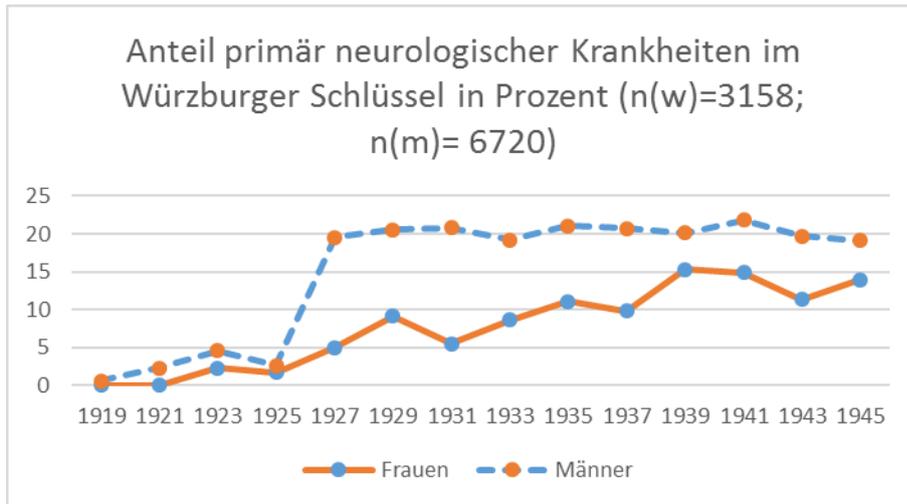


Abbildung 30: Prozentualer Anteil an primär neurologischen Krankheitsbildern nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

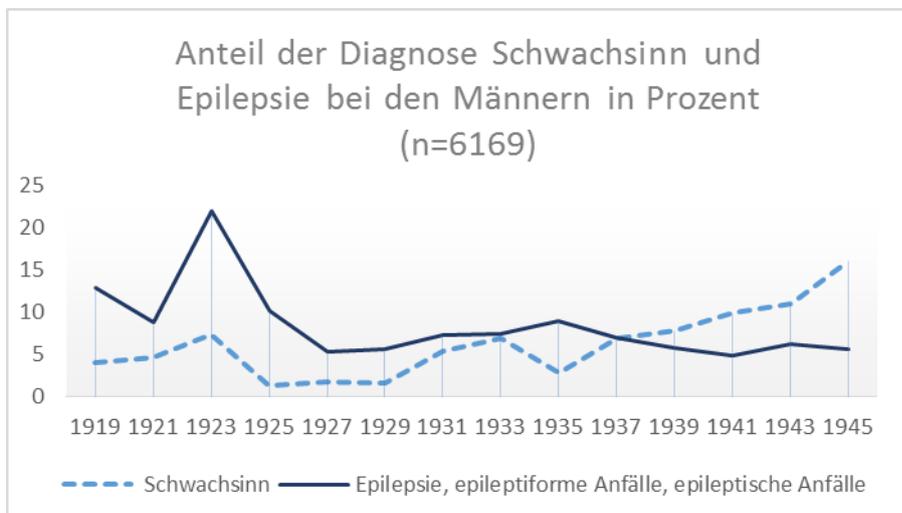
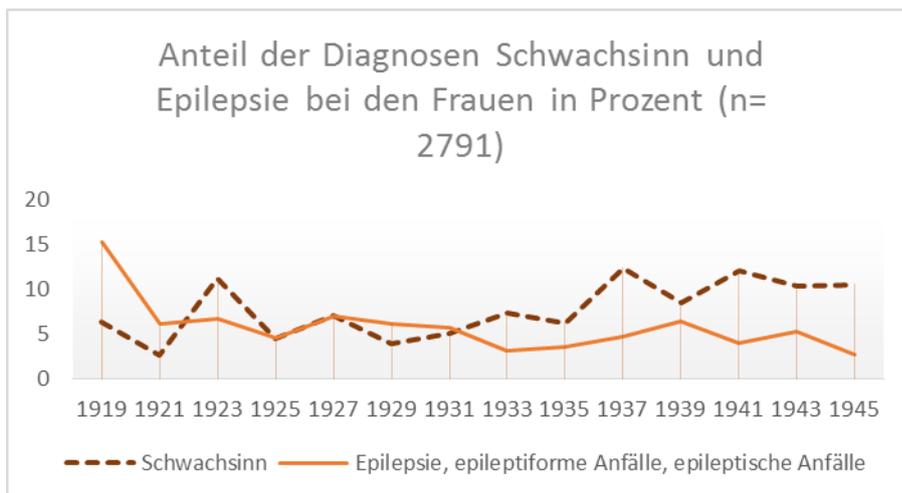


Abbildung 31: Prozentualer Anteil der Nennungen der Begriffe Schwachsinn und Epilepsie unter „Krankheitsform“ unter allen ausgezählten Einzelnennungen über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

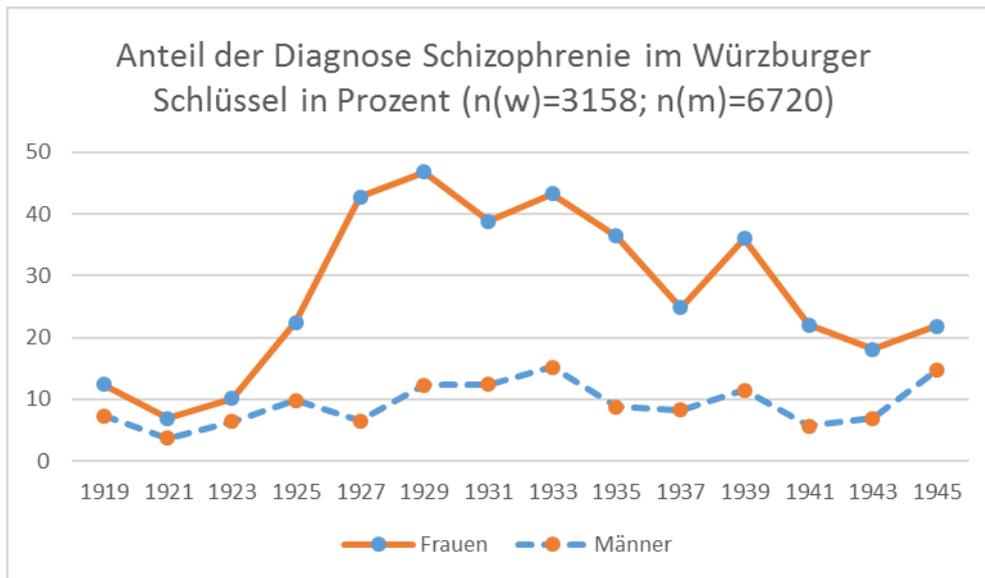


Abbildung 32: Prozentualer Anteil an der Diagnose Schizophrenie nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.

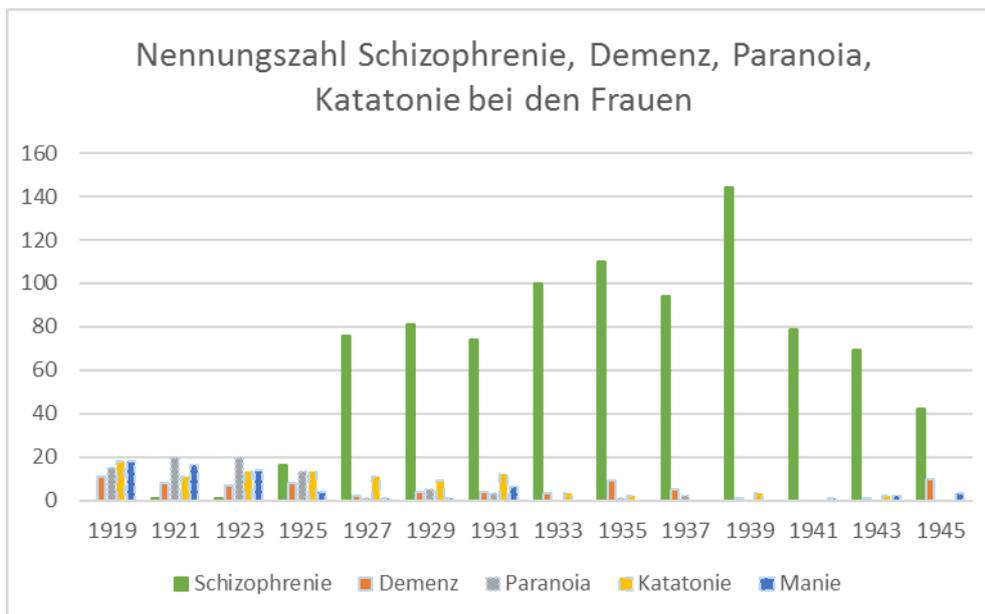


Abbildung 33: Zeitliche Entwicklung der absoluten Nennungszahlen der Diagnosen Schizophrenie, Demenz, Paranoia und Katatonie bei den Frauen.

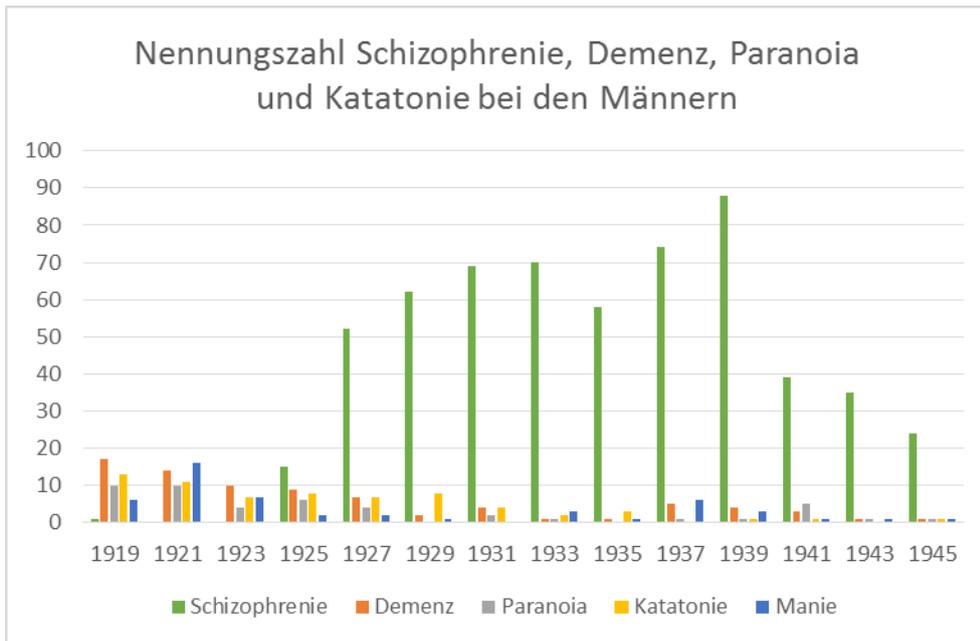


Abbildung 34: Zeitliche Entwicklung der absoluten Nennungszahlen der Diagnosen Schizophrenie, Demenz, Paranoia und Katatonie bei den Männern.

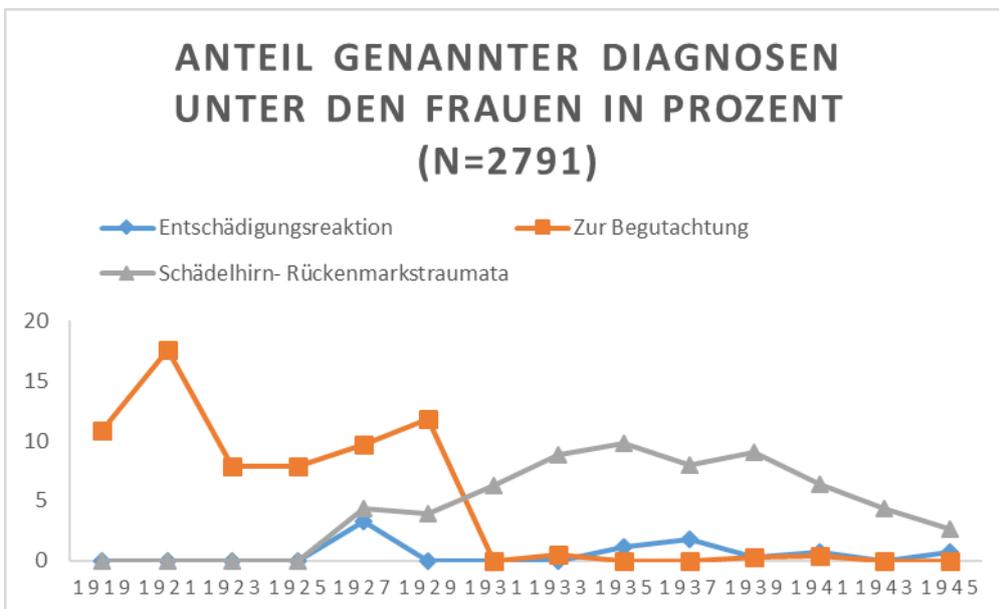


Abbildung 35: Zeitliche Entwicklung der prozentualen Nennungshäufigkeiten der Diagnosen „Zur Begutachtung“, „Entschädigungsreaktion“ und „Schädelhirn-/Rückenmarkstraumata“ bei den Frauen.

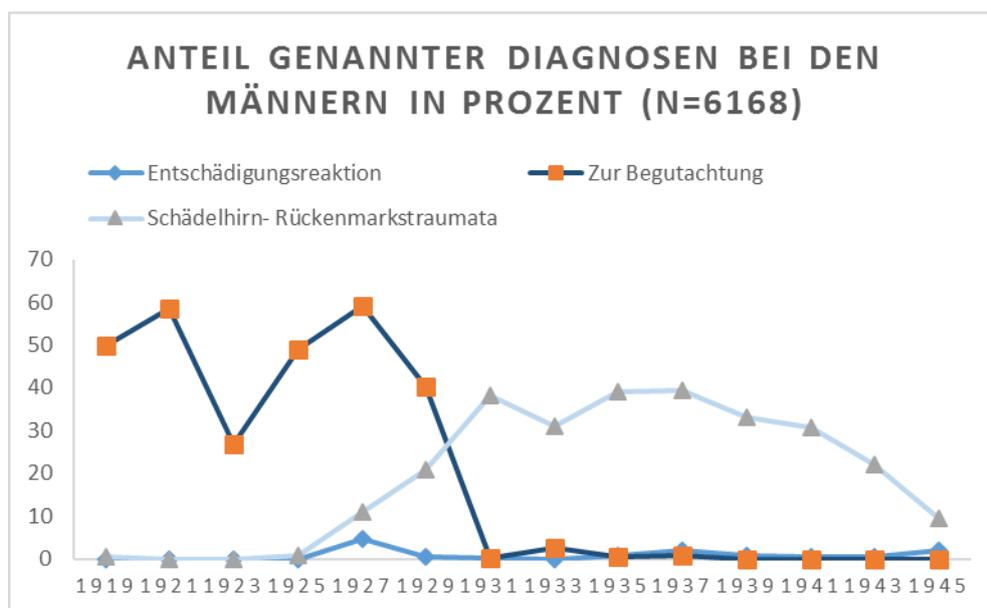


Abbildung 36: Zeitliche Entwicklung der prozentualen Nennungshäufigkeiten der Diagnosen „Zur Begutachtung“, „Entschädigungsreaktion“ und „Schädelhirn-/Rückenmarkstraumata“ bei den Männern.

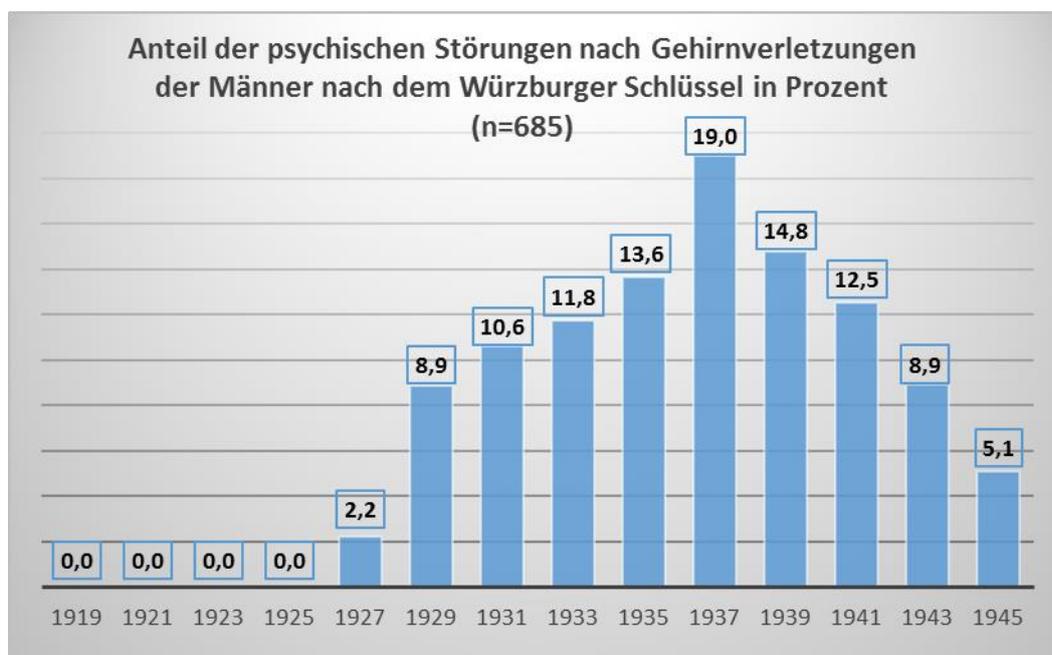


Abbildung 37: Prozentualer Anteil der Diagnosegruppe „2“, den „psychischen Störungen nach Gehirnverletzungen“, nach dem Würzburger Schlüssel unter den aufgenommenen Männern im zeitlichen Verlauf.

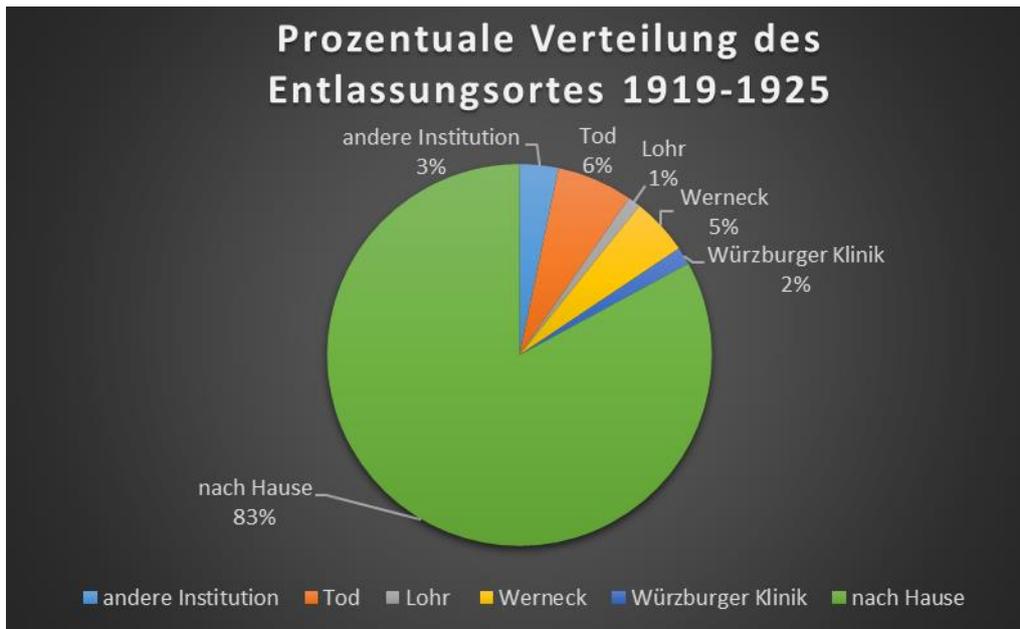


Abbildung 38: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Entlassungsorte nach den Angaben im Standbuch zwischen 1919 und 1925.



Abbildung 39: Prozentuale Verteilung der Entlassungsorte nach den Angaben im Standbuch zwischen 1919 und 1925 im Geschlechtervergleich.

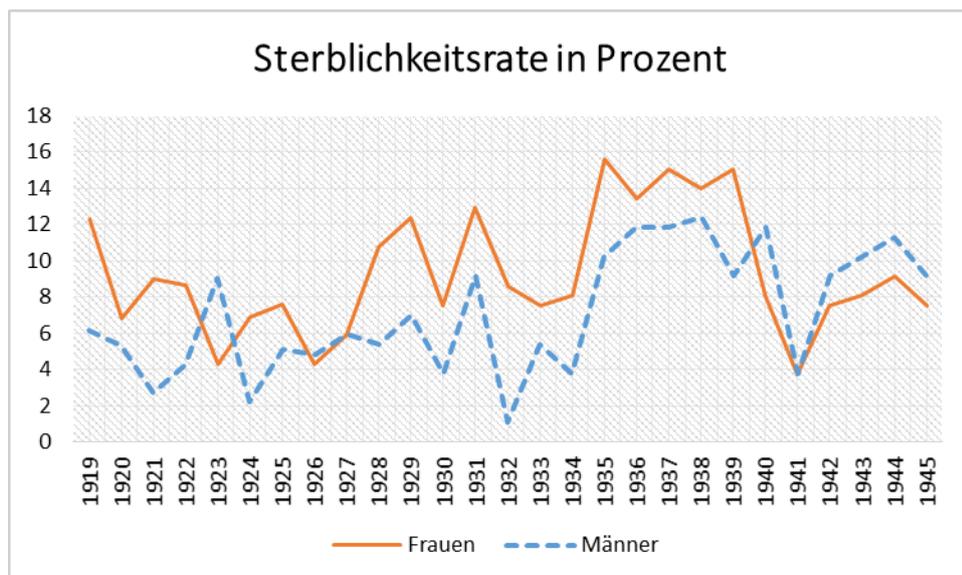


Abbildung 40: Sterblichkeitsrate der aufgenommenen Patienten im Geschlechtervergleich über den ausgewerteten Zeitraum hinweg in Prozent.

5. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die Gaue des Großdeutschen Reiches 1942; mit Abbildung des zentral gelegenen Mainfrankens.	138
Abbildung 2: Die deutschen Länder der Weimarer Republik bis 1933.	139
Abbildung 3: Absolute Aufnahmezahlen im Geschlechtervergleich über den jährlichen Verlauf hinweg.	139
Abbildung 4: Durchschnittsalter der Aufnahmen gesamt im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.	140
Abbildung 5: Durchschnittliche Altersverteilung in Prozent im Geschlechtervergleich.	140
Abbildung 6: Perzentilenkurven zur Veranschaulichung der Aufenthaltsdauer beider Geschlechter.	141
Abbildung 7: Mediane Aufenthaltsdauer in Tagen im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.	142
Abbildung 8: Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen im Geschlechtervergleich über den zeitlichen Verlauf hinweg.	142
Abbildung 9: Verteilung der Herkunftsangaben in Prozent nach Zuordnung bestimmter Regionen.	143
Abbildung 10: Durchschnittliche Verteilung der Herkunftsländer der Patienten in Prozent.	143
Abbildung 11: Verteilung der Größe des Herkunftsortes der Patienten in Prozent.	144

Abbildung 12: Verteilung der Größe des Herkunftsortes bestimmter Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel in Prozent („DS“ entspricht Durchschnitt).....	144
Abbildung 13: Einordnung der Patienten mit Berufsangaben nach ihrer Stellung im Beruf in Prozent.	144
Abbildung 14: Soziale Schichteinordnung der Patienten mit Berufsangaben in Prozent.	145
Abbildung 15: Prozentuale Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit bei bestimmten Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel für Berufsangaben, die den Beruf der Eltern oder des Ehemanns verifizierten.	145
Abbildung 16: Prozentuale Verteilung der sozialen Schichtzugehörigkeit bei bestimmten Diagnosegruppen nach dem Würzburger Schlüssel für Berufsangaben, die den eigenen Beruf verifizierten.	145
Abbildung 17: Prozentuale Verteilung der für die weiblichen Patientinnen gemachten Berufsangaben nach ihrer Zugehörigkeit.	146
Abbildung 18: Prozentuale Verteilung der Angaben unter „Familienstand“ im Geschlechtervergleich.	146
Abbildung 19: Prozentualer Anteil Lediger über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich. ...	147
Abbildung 20: Prozentualer Anteil Verheirateter über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.	147
Abbildung 21: Prozentuale Verteilung des Familienstandes der Männer bestimmter Diagnosegruppen des Würzburger Schlüssels.....	147
Abbildung 22: Prozentuale Verteilung des Familienstandes der Frauen bestimmter Diagnosegruppen des Würzburger Schlüssels.....	148
Abbildung 23: Prozentualer Anteil des Vermerks „katholisch“ unter Konfession über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.	148
Abbildung 24: Prozentualer Anteil des Vermerks „evangelisch“ unter Konfession über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.	148
Abbildung 25: Prozentuale Verteilung der ausgewerteten Diagnoseangaben nach dem Würzburger Schlüssel im Geschlechtervergleich.	149
Abbildung 26: Prozentuale Verteilung der ausgewerteten Diagnoseangaben nach dem Würzburger Schlüssel.	150
Abbildung 27: Einzelzählung der absoluten Nennungen bestimmter Begrifflichkeiten unter „Krankheitsform“ im Standbuch im Geschlechtervergleich.....	150
Abbildung 28: Prozentualer Anteil der Diagnosen aus dem manisch-depressiven Formenkreis der aufgenommenen Frauen im zeitlichen Verlauf.....	151
Abbildung 29: Prozentualer Anteil der Nennungen der Begriffe Neuropathie und Psychopathie unter „Krankheitsform“ unter allen ausgezählten Einzelnennungen über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.....	151
Abbildung 30: Prozentualer Anteil an primär neurologischen Krankheitsbildern nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich...	152

Abbildung 31: Prozentualer Anteil der Nennungen der Begriffe Schwachsinn und Epilepsie unter „Krankheitsform“ unter allen ausgezählten Einzelnennungen über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.	152
Abbildung 32: Prozentualer Anteil an der Diagnose Schizophrenie nach den Auswertungen des Würzburger Schlüssels über den zeitlichen Verlauf im Geschlechtervergleich.	153
Abbildung 33: Zeitliche Entwicklung der absoluten Nennungszahlen der Diagnosen Schizophrenie, Demenz, Paranoia und Katatonie bei den Frauen.	153
Abbildung 34: Zeitliche Entwicklung der absoluten Nennungszahlen der Diagnosen Schizophrenie, Demenz, Paranoia und Katatonie bei den Männern.	154
Abbildung 35: Zeitliche Entwicklung der prozentualen Nennungshäufigkeiten der Diagnosen „Zur Begutachtung“, „Entschädigungsreaktion“ und „Schädelhirn-/Rückenmarkstraumata“ bei den Frauen.	154
Abbildung 36: Zeitliche Entwicklung der prozentualen Nennungshäufigkeiten der Diagnosen „Zur Begutachtung“, „Entschädigungsreaktion“ und „Schädelhirn-/Rückenmarkstraumata“ bei den Männern.	155
Abbildung 37: Prozentualer Anteil der Diagnosegruppe „2“, den „psychischen Störungen nach Gehirnverletzungen“, nach dem Würzburger Schlüssel unter den aufgenommenen Männern im zeitlichen Verlauf.	155
Abbildung 38: Durchschnittliche prozentuale Verteilung der Entlassungsorte nach den Angaben im Standbuch zwischen 1919 und 1925.	156
Abbildung 39: Prozentuale Verteilung der Entlassungsorte nach den Angaben im Standbuch zwischen 1919 und 1925 im Geschlechtervergleich.	156
Abbildung 40: Sterblichkeitsrate der aufgenommenen Patienten im Geschlechtervergleich über den ausgewerteten Zeitraum hinweg in Prozent.	157

6. Quellenverzeichnis

6.1. Nicht gedruckte Quellen

UAWü (Universitätsarchiv Würzburg): Aufnahmebücher der Universitätsnervenklinik 1919-1945.

UAWü: Patientenakten der Universitätsnervenklinik 1919-1945.

6.2. Gedruckte Quellen

1929. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.
1934. *Statistisches Jahrbuch für das deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.
1938. Irrenstatistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (Psychiatrische Abteilung) für das Jahr 1936. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 62–63.
1940. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.
1942. *Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich*, Berlin, Statistisches Reichsamt.
- AMANN, F. 1929. Zur Diagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. Eine gutachterliche Kritik. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg.
- BAUER, J. 1924. *Die konstitutionelle Disposition zu inneren Krankheiten*, Berlin, Verlag von Julius Springer.
- BINDING, K. & HOCHÉ, A. 1922. Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess.
- BLEULER, E. 1923. *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin u.a., Springer Verlag.
- BLUME, G. 1933. Über die Einrichtung psychischer Krankengeschichten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin.*, 99, 84–97.
- BRUGGER, C. 1939. Die Vererbung des Schwachsinn. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Basel: Verlag von Julius Springer.
- BUSEMANN, A. 1948a. Einfallsarmut nach Hirnverletzung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 638-690.
- BUSEMANN, A. 1948b. Physiologische Untersuchungen an Hirnverletzten. II. Einfallsarmut nach Hirnverletzung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 638–690.
- CONRAD, K. 1939. Der Erbkreis der Epilepsie. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Marburg: Julius Springer Verlag.
- DRESCHER, F. 1919. Epilepsie und Unfallbegutachtung; IV. Epilepsie und Psychopathie. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger.
- DUSSIK, K. T. 1937. Die Schizophreniebehandlung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 97–109.
- EWALD, G. 1929. Dementia praecox und Schizophrenie. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Sonderdruck aus dem 123. Band. 2. und 3. Heft*, 123, 465–471.
- FLÜGEL, F. 1938. Über die Verteilung endogener Psychosen in Deutschland. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 286–276.

- GALLUS, K. 1934. Nimmt die Zahl der Geisteskranken zu? *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 102, 94–102.
- GESSNER, H. 1913. Ein Fall von traumatischer Geistesstörung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg.
- GOETZ, H. 1927. Zur Differentialdiagnose der dauernd traumatischen Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg.
- GÖLLNER, H. 1938. Zur Durchführung der Diagnosenstatistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 108, 347–349.
- GROSCH, H. 1946. Klinisch-hirnpathologische Studien bei der Alzheimerschen und Pickschen Krankheit. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 179, 568–598.
- GROTJAHN, M. 1933. Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 99, 464–480.
- GRÜNTAL, E. 1963–66. Psychologie des ärztlichen Gutachtens. In: KÖNIG, FRITZ & MAGNUS, GEORG (eds.) *Handbuch der gesamten Unfallheilkunde*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- HARTWICH, W. 1937. Das Laboratorium der Heilanstalten ist unerlässlich zur Erfüllung ihrer Aufgaben im Dienst des Volkes. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 64–75.
- HEYDE, W. 1936. Erbliche und nichterbliche Geistesstörungen. *Die Umschau; illustrierte Wochenschrift über die Fortschritte in Wissenschaft und Technik*, 18, 341–344.
- JAHN, D. 1937. Körperliche Umstellung durch die Insulin- und Cardiazol-Behandlung in ihrer Bedeutung für die Prognose der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 114–120.
- KAHLBAUM, K. 2014. *Die Katatonie; Nachdruck des Originals von 1874*, Paderborn, Salzwasser Verlag.
- KESSELER, K. 1916. Beziehungen zwischen Trauma und endogenen Geisteskrankheiten. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Verlagsdruckerei Würzburg.
- KLAUE, R. 1948. Beitrag zur pathologischen Anatomie der Verletzungen des Rückenmarkes mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarkskontusion. Ein Vergleich zwischen Rückenmarks- und Gehirnerkrankungen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereinigt mit Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 180, 206–270.
- KNAUER, A. & BILLIGHEIMER, E. 1919. Über organische und funktionelle Störungen des vegetativen Nervensystems unter besonderer Berücksichtigung der Schreckneurosen. *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 199–279.
- KÜPPERS, E. 1937. Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 76–96.
- LAEHR, H. 1937. Verzeichnis der Anstalten in alphabetischer Ordnung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 106, 1–164.
- LANGE, J. 1939. Das zirkuläre Irresein. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. Berlin: Julius Springer Verlag.
- PANSE, F. 1939. Die Erbpathologie der Psychopathien. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Julius Springer Verlag.
- PLATTNER, W. 1932. Körperwuchs- und Bildungsanomalien bei Schizophrenie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98.
- REICHARDT, M. 1923. *Allgemeine und spezielle Psychiatrie; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer.
- REICHARDT, M. 1932. Die psychogenen Reaktionen, einschließlich der sogenannten Entschädigungsneurosen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 1–129.
- REICHARDT, M. 1942. *Einführung in die Unfall- und Invaliditätsbegutachtung; Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, Jena, Gustav Fischer.

- REICHSAMT, D. R. S. 1944. *Amtliches Gemeindeverzeichnis für das Deutsche Reich auf Grund der Volkszählung 1939*, Berlin, Schmidt.
- REICHSMINISTERIUM 1922. Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt. Vom 9. Juli 1922. *Reichsgesetzblatt*. Berlin.
- ROEMER, H. 1937. Die praktische Einführung der Insulin- und Cardiazolbehandlung in den Heil- und Pflegeanstalten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 121–128.
- SCHLEUSSING, H. 1938. Grippe als Ursache plötzlicher Todesfälle Geisteskranker. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 277–282.
- SCHMIDT, H. 1919. Die Behandlung der nervösen Zustände bei Soldaten am Reserve Lazarett Würzburg, Abtlg. Münzschule, Neurotiker-Lazarett für das rechtsrheinische II. A.-K. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg: Gebrüder Memminger.
- SCHMIDT, W. K. 1937. Bewahrungsgesetz und Erbgesundheitsgesetz. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 142–149.
- SCHMITZ, H. 1938. Spätreife und "angeborener Schwachsinn" im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erkrankten Nachwuchses. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 21–37.
- SCHNEIDER, K. 1932. Erfahrungen mit der Diagnosetabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 98, 172–176.
- SCHNEIDER, K. 2007. *Klinische Psychopathologie. Mit einem erweiterten und aktualisierten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross*, Stuttgart, Thieme.
- SPERNAU, H. 1938. Der Heilungsverlauf bei der Insulinbehandlung der Schizophrenie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete*, 107, 283–298.
- STRECKER, H. 1932. Allgemeine und statistische Übersicht über das Geisteskranken- und Schwachsinnigenwesen in England. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 98, 769–786.
- STUTTE, H. 1947. Über die Nachkommen ehemaliger Fürsorgezöglinge. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 98, 395–415.
- WASSERMEYER, M. 1941. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit nach traumatischer Hirnschädigung. In: WÜRZBURG, JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Würzburg.
- WELTE, E. 1944. Über die Zusammenhänge zwischen anatomischem Befund und klinischem Bild bei Rindenprellungsherden nach stumpfem Schädeltrauma. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 243–315.
- WEYGANDT, W. 1935. *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*, Halle, Marhold.
- WILMANN, K. 1930. Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle der Geisteskrankheiten. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin*, 93, 223–234.

7. Forschungsliteratur

- ACKERMANN, M. 2009. *Putzger – Atlas und Chronik zur Weltgeschichte*, Berlin, Cornelsen.
- BEBLO, T. & LAUTENBACHER, S. 2006. *Neuropsychologie der Depression*, Göttingen, Hogrefe.
- BEDDIES, T. 1999. *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum, Matthiesen.
- BEDDIES, T. 2010. Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertungen. In: ROTZOLL, MAIKE (ed.) *Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer; Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*. Paderborn u.a.: Schöningh.
- BEDDIES, T. 2013. "Aktivere Krankenbehandlung" und "Arbeitstherapie". Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider. In: SCHMUHL, HANS-

- WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- BEER, M. 1995. Psychosis: from mental disorder to disease concept. *History of Psychiatry*, 6, 177–200.
- BERNET, B. 2009. "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars. In: BRÄNDLI, SIBYLLE U.A. (ed.) *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*. Frankfurt: Campus Verlag.
- BERNET, B. 2013. *Schizophrenie. Entstehung und Entwicklung eines psychiatrischen Krankheitsbildes um 1900*, Zürich, Chronos Verlag.
- BEVÖLKERUNGSFORSCHUNG, B. F. 2004. *Bevölkerung – Fakten, Trends, Ursachen, Erwartungen. Die wichtigsten Fragen*, Wiesbaden.
- BLASIUS, D. 1994. *"Einfache Seelenstörung". Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945*, Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag.
- BÖNING, J. 2004. Psychiatrie in Würzburg – Vom Mittelalter bis zur Moderne. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Darmstadt: Steinkopff.
- BÖNING, J. 2007. Von Reichardt bis Beckmann: Würzburger Psychiatrie im 20. Jahrhundert. In: METTENLEITER, ANDREAS (ed.) *Tempora mutantur et nos? Festschrift für Dr. Walter M. Brod zum 95. Geburtstag*. Pfaffenhofen: Akamedon.
- BRÄUNIG, P. & KRÜGER, S. 2003. Von der Katatonie und Hebephrenie zur Dementia praecox – Kahlbaums Beitrag zur Entwicklung des modernen Schizophreniekonzepts. In: HIPPIUS, H. (ed.) *Universitätskolloquien zur Schizophrenie*. Berlin: Springer Verlag.
- BRÄUTIGAM, W. 1968. *Reaktionen, Neurosen, Psychopathien; Ein Grundriß der kleinen Psychiatrie*, Stuttgart, Gerorg Thieme Verlag.
- BROCK, C. 2013. Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien" die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallenstein Verlag.
- BUCHER, R. 1977. *Depression und Melancholie. Eine historische und triebpsychologische Untersuchung zur Struktur und Klassifizierung der Depressionsformen*, Bern u.a., Huber.
- BURISCH, M. 2014. *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung – Zahlreiche Fallbeispiele – Hilfen zur Selbsthilfe*, Berlin, Springer.
- DECKERT, J. Einführung, 1. Vorlesung. Vorlesung der Psychiatrie; SS 2015, 2015 Würzburg; Hörsaal Psychiatrie.
- DEISENHAMMER, E. & HAUSMANN, A. 2012. Affektive Störungen. In: FLEISCHHACKER, WOLFGANG U.A. (ed.) *Lehrbuch Psychiatrie*. Wien: Springer Verlag.
- DIGBY, A. 1987. Quantitative and Qualitative Perspectives on the Asylum. In: PORTER, ROY & WEAR, ANDREW (eds.) *Problems and methods in the history of medicine*. London; New York: Croom.
- DINGES, M. & WISCHNATH, M. 1998. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte*, 21, 49–59.
- DOMSCHKE, K. 2015. Depression II. *Vorlesung der Psychiatrie SS 2015*. Würzburg; Hörsaal Psychiatrie.
- DÖRRIES, A. & VOLLMANN, J. 1997. Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 65, 550-554.
- FISCHER-HOMBERGER, E. 2010. Die Neurasthenie im Wettlauf des zivilisatorischen Fortschritts. Zur Geschichte des Kampfs um Prioritäten. In: BERGENGRUEN, MAXIMILIAN U.A. (ed.) *Neurasthenie. Die Krankheit der Moderne und die moderne Literatur*. Freiburg: Rombach Verlag.
- FUCHS, P. 2007. Die Opfer als Gruppe: Eine kollektivbiografische Skizze auf der Basis empirischer Befunde. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein.
- GEBERTH, W. 2004. *Nervosität und Naturheilkunde; Diagnose und Therapie nervöser Störungen in naturheilkundlichen Publikationen von 1839–1930*, Berlin, Lehmanns Media.

- GERHARD, G. 2012. Das Bild des Bauern in der modernen Industriegesellschaft. Störenfriede oder Stoßkinder der Industriegesellschaft? In: MÜNDEL, DANIELA & UEKÖTTER, FRANK (eds.) *Das Bild des Bauern Selbst- und Fremdwahrnehmungen vom Mittelalter bis ins 21. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- GREENSTEIN, D. 1994. *A historian's guide to computing*, Oxford University Press.
- HANSEN, J. 1985. Wilhelm Weygandt in Würzburg und Hamburg. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- HEIMANN, H. 1985. Ernst Grünthal – seine Würzburger Zeit und Erinnerungen an Konrad Rieger. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft. Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart: Thieme.
- HEINZE, R. & GRETSCHMANN, K. 1987. Folgewirkung der Beschäftigungskrise auf die sozialen Sicherungssysteme. In: ABROMEIT, HEIDRUN & BLANKE, BERNHARD (eds.) *Arbeitsmarkt, Arbeitsbeziehungen und Politik in den 80er Jahren*. Wiesbaden: Spriger Fachmedien.
- HENNERMANN, H. 1985. Werner Heyde und seine Würzburger Zeit. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart u.a.: Thieme.
- HESS, V. 2011. Krankenakten als Gegenstand der Krankenhausgeschichtsschreibung. In: STOLLBERG, GUNNAR U.A. (ed.) *Krankengeschichte heute. Was heißt und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?* Berlin: Lit Verlag.
- HOHENDORF, G. 2013. Therapieunfähigkeit als Selektionskriterium; Die "Schocktherapie" und die Organisationszentrale der nationalsozialistischen "Euthanasie" in der Berliner Tiergartenstraße 4, 1939–1945. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapie"; Die Psychiatrie im internationalen Vergleich 1918–1945*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- HOHLS, R. 1989. *Die regionale Erwerbsstruktur im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik 1895–1970*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag.
- HUBER, G. 2005. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*, Stuttgart, Schattauer.
- JÄHNEL, D. 2015. Die Nervenklinik München während der "Aktion T4". *Nervenheilkunde*, 4/2015, 285–292.
- JANTZEN, W. 1990. Behinderte im Faschismus. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verlag Spiess.
- KAELBLE, H. & FEDERSPIEL, R. 1990. *Soziale Mobilität in Berlin; 1825–1957: Tabellen zur Mobilität, zu Heiratskreisen und zur Sozialstruktur*, St. Katharinen, Scripta Mercaturae Verlag.
- KATSCHNIG, H. 1984. Der "polydiagnostische" Ansatz der psychiatrischen Forschung. In: HOPF, A. U.A. (ed.) *Forschungen zur biologischen Psychiatrie*. Berlin: Springer Verlag.
- KLEE, E. 1990. Von der Asylierung zum Mord. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess.
- KURY, P. 2012. *Der überforderte Mensch. Eine Wissensgeschichte vom Stress zum Burnout*, Frankfurt u.a., Campus.
- LEISERING, W. 2011. *Putzger – Historischer Weltatlas*, Berlin, Cornelsen.
- LEYGRAF, J. 2006. Die Behandlung der Schizophrenie vor Einführung antipsychotischer Medikamente. In: MÜNSTER, WILHELMS-UNIVERSITÄT (ed.) *Inaugural-Dissertation*. Münster.
- LUXENBURGER, H. 1939. Die Schizophrenie und ihr Erbkreis. In: JUST, GÜNTHER (ed.) *Handbuch der Erbbiologie des Menschen. Erbbiologie und Erbpathologie nervöser und psychischer Zustände und Funktionen*. München: Verlag von Julius Springer.
- MAAß, C. 1999. *Das Frauenbild in der NS-Arbeitswissenschaft und seine Bedeutung für die betriebliche Personalpolitik. Am Beispiel Frauenindustriearbeit*, Diplomica Verlag.
- MENKE, A. Bipolar affektive Störung. Vorlesung Psychiatrie SS 2015, 2015 Würzburg, Hörsaal Psychiatrie.

- MÖLLER-LEIMKÜHLER, A. M. 2016. Hinter einem Burnout steckt oft eine Depression. In: STOLL, ANGELA (ed.). Augsburg: Augsburgischer Allgemeine.
- MÜLLER, U. 2007. Metamorphosen: Krankenakten als Quellen für Lebensgeschichten. In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist ein Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein.
- NEUNER, S. 2011. *Politik und Psychiatrie; Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939*, Göttingen, Vandenhoecke und Ruprecht.
- NOLTE, K. 2015. Überlegungen zu einer Geschichte der Würzburger Universitätspsychiatrie in den 1930er und 1940er Jahren – Fragestellungen, Methoden und Thesen. Würzburg.
- NOLTE, K. 2017. "Shock therapies" and Nursing in the Psychiatric Clinic of the University of Würzburg in the 1930s and 1940s. In: NOLTE, KAREN (ed.) *Patients and social practice of psychiatric nursing in the 19th and 20th century*. Stuttgart: Steiner Verlag.
- POSAMENTIER, R. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Lohr am Main. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag.
- RADKAU, J. 1998. *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München, Hanser Verlag.
- RAUH, P. 2013. Die militärpsychiatrischen Therapiemethoden im 1. Weltkrieg. In: SCHMUHL, HANS-WALTER (ed.) *"Heroische Therapien". Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich; 1918–1945*. Göttingen: Wallenstein-Verlag.
- RAUH, P. 2016. Medizin unter dem Hakenkreuz. In: LEVEN, KARL-HEINZ (ed.) *200 Jahre Universitätsklinikum Erlangen 1815–2015*. Köln: Böhlau Verlag.
- ROMEY, S. 1990. "Euthanasie" war Massenmord. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess.
- ROTZOLL, M. 2007. Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-"Euthanasie". In: FUCHS, PETRA (ed.) *"Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst" Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie"*. Göttingen: Wallstein.
- ROTZOLL, M. 2013. Gefährdetes Leben. Eine kollektive Biografie von Langzeitinsassen psychiatrischer Anstalten bis zur nationalsozialistischen "Euthanasie"-Aktion T4. Heidelberg: Universität Heidelberg.
- RUDNICK, M. 1985. *Behinderte im Nationalsozialismus. Von der Ausgrenzung und Zwangssterilisation zur "Euthanasie"*, Weinheim u.a., Beltz.
- SCHEUCH, M. 1997. *Historischer Atlas Deutschland vom Frankenreich zur Wiedervereinigung in Karten, Bildern und Texten*, Wien; München, Brandstätter.
- SCHMELTER, T., MEESMANN, C., WALTER, G. & PAXL, H. 2012. Heil- und Pflegeanstalt Werneck. In: CRANACH, MICHAEL & SIEMEN, HANS-LUDWIG (eds.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus; die bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag.
- SCHMIDT, G. 1983. Selektion in der Heilanstalt 1939–1945. In: RUDNICK, MARTIN (ed.) *Aussondern – Sterilisieren – Liquidieren. Die Verfolgung Behinderter im Nationalsozialismus*. Berlin: Wiss.-Verl. Spiess.
- SCHMIEDEBACH, H.-P. & BRINKSCHULTE, E. 2015. Arbeit und Arbeitstherapie – historisch geleitete Assoziation. In: BRINKSCHULTE, EVA & ANKELE, MONIKA (eds.) *Arbeitsrhythmus und Anstaltsalltag: Arbeit in der Psychiatrie vom frühen 19. Jahrhundert bis in die NS-Zeit*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag.
- SCHMUHL, H.-W. 1992. *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie; Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens"; 1890–1945*, Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht.
- SCHNEIDER, F. & DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE, P. U. N. 2011. *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Erinnerung und Verantwortung; Gedenkveranstaltung 26. November 2010*, Berlin u.a., Springer.
- SCHOTT, H. & TÖLLE, R. 2006. *Geschichte der Psychiatrie; Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen*, München, Beck.

- SCHRAPPE, O. 1985. Psychiatrie in Würzburg und Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg in den letzten 5 Jahrzehnten. In: NISSEN, GERHARDT (ed.) *Psychiatrie auf dem Wege zur Wissenschaft: Psychiatrie-historisches Symposium anlässlich des 90. Jahrestages der Eröffnung der "Psychiatrischen Klinik der Königlichen Universität Würzburg"*; mit 10 Tabellen. Stuttgart u.a.: Thieme.
- SIEMEN, H.-L. 2012. Psychiatrie im Nationalsozialismus. In: VON CRANACH, MICHAEL (ed.) *Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayrischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945*. München: Oldenbourg Verlag.
- SKRIEBELEIT, J. 2004. *Das KZ Würzburg*, Würzburg.
- SZASZ, T. S. 1979. *Schizophrenie – das heilige Symbol der Psychiatrie*, Wien; München u.a., Europaverlag.
- WELTGESUNDHEITSORGANISATION 2014. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostischen Leitlinien*, Bern, Hans Huber.
- WEYRATHER, I. 1993. *Muttertag und Mutterkreuz: der Kult um die "deutsche Mutter" im Nationalsozialismus.*, Frankfurt a. M.
- WITTEN-STERZEL, R. 2016. Die Psychiatrie – der lange Weg zur Selbstständigkeit. In: LEVEN, KARL-HEINZ (ed.) *200 Jahre Universitätsklinikum Erlangen 1815–2015*. Köln u.a.: Böhlau Verlag.

8. Internetressourcen

- Die nationalsozialistische Zwangsarbeit – Hintergrundinformationen* [Online]. Stiftung "Erinnerung, Verantwortung und Zukunft". Available: <http://www.zwangsarbeit-archiv.de> [Accessed 6.12.2016].
- Schriftreihe des Arbeitskreises "Die Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch in der Zeit des Nationalsozialismus"* [Online]. Wiesloch. Available: <http://www.pzn-wiesloch.de/unser-zentrum/geschichte/schriftenreihe/> [Accessed 07.11.2016].
- Universal Lexikon* [Online]. Available: http://universal_lexikon.deacademic.com/85422/gottgl%C3%A4ubig [Accessed 07.11.2016].
- Würzburger Stolpersteine* [Online]. Würzburg: Maintraining. Available: <http://www.stolpersteine-wuerzburg.de> [Accessed 31.01.2017].
1935. *Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre* [Online]. documentArchiv.de Available: <http://www.documentArchiv.de/ns/nbgesetze01.html> [Accessed 07.11.2016].
- 2016a. *Krankengeschichte, die* [Online]. Berlin: Bibliographisches Institut GmbH. Available: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Krankengeschichte#b2-Bedeutung-1b> [Accessed 22.12.2016].
- 2016b. *Kreisfreie Stadt Würzburg 09663; eine Auswahl wichtiger statistischer Daten* [Online]. München. Available: www.statistik.bayern.de [Accessed 5.6.2016].
- FILDHAUT, J. 2016. *Schwimmen, gedenken, vernetzen* [Online]. Würzburg. Available: <http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/Schwimmsport;art735,9385126> [Accessed 30.1.2017].
- FRANKFURT, U. *Geschichte der Frankfurter Universitätsmedizin* [Online]. Available: http://www.kgu.de/klinikum-a-z/g/geschichte-der-frankfurter-universitaetsmedizin/geschichte-der-frankfurter-universitaetsmedizin.html#top_of_site [Accessed 6.12.2016].
- HANSER, H. U. A. 2016. *Encephalitis epidemica* [Online]. Heidelberg. Available: <http://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/encephalitis-epidemica/3423> [Accessed 28.12.2016].

- JUNG, W. 2013. *KZ Flossenbürg, Außenlager Würzburg* [Online]. Würzburg. Available: <http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/Britische-Armee-Homosexualitaet-Haeftlinge-KZ-Flossenbuerg-Konzentrationslager-Leichenberge-Misshandlungen-Psychiatrische-Kliniken;art735,7415965> [Accessed 29.01.2017].
- JUST, S. 2014. *Gedenkstele für Opfer von NS-Verbrechen eingeweiht* [Online]. Available: <http://www.presse.uni-wuerzburg.de/einblick/single/artikel/gedenkstel/> [Accessed 15.7.2017].
- NOLTE, K. *Andrzej Rostecki* [Online]. Würzburg: Maintraining. Available: http://www.stolpersteine-wuerzburg.de/wer_opfer_lang.php?quelle=wer_opfer.php&opferid=660&filter= [Accessed 30.10.2017].
- OLK, J. 2013. *Wahnsinn und Methode. Notieren, Ordnen, Schreiben in der Psychiatrie* [Online]. Available: <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/index.asp?id=4790&view=pdf&pn=tagungsberichte&type=tagungsberichte> [Accessed 28.4.2015].
- RADEMACHER, M. 1997. *Die Länder des deutschen Reichs 1871–1945* [Online]. Available: <http://www.verwaltungsgeschichte.de/wuerzburg.html> [Accessed 23.3.2015].
- ROLF, O. & STEUER, O. 2015. *Bauern. Stand und Gewerbe in alter Zeit* [Online]. Available: <http://www.ihff.de/berufe/bauer.html> [Accessed 30.5.2015].
- WALTHER, S. 2013. *Psychomotorische Störungen; Katatonie* [Online]. Bern. Available: https://www.upd.gef.be.ch/upd_gef/de/index/ueber-die-upd/ueber-die-upd/downloads-publikationen/unterlagen_zu_veranstaltungen.assetref/dam/documents/GEF/UPD/de/Publikationen/Walther_Herbstsymposium_2013.pdf [Accessed 30.12.2016].

Danksagung

Abschließend gilt mein Dank folgenden Personen, die mich bei der Erstellung meiner Dissertation unterstützt haben.

An erster Stelle bedanken möchte ich mich dabei bei PD Dr. Karen Nolte, die im Rahmen Ihres Projektes zur Erforschung der Würzburger Psychiatriegeschichte diese Arbeit erst ermöglichte. Während der ganzen Zeit der wissenschaftlichen Erarbeitung meiner Dissertation stand sie mir stetig mit Ratschlägen und Anmerkungen zur Seite.

Ein besonderer Dank gilt dabei auch Prof. Dr. Deckert, ohne dessen Bereitstellung der Standbücher und Patientenakten aus dem Archiv der Psychiatrischen Klinik das gesamte Projekt gar nicht erst zustande kommen hätte können.

Besonders erwähnen und danken will ich außerdem Felix Burckhardt, der mit mir zusammen auf bewundernswerte Weise die Daten von über 22.000 Patienten aus den Standbüchern in die Datenbank übertragen hat und ohne dessen Durchhaltevermögen ich diese Arbeit wahrscheinlich nie bewerkstelligen hätte können.

Nicht zuletzt gilt ein großer Dank auch an meine Familie und Freunde, die während meines ganzen Studiums immer ein offenes Ohr für mich hatten und mich unermüdlich unterstützt haben.