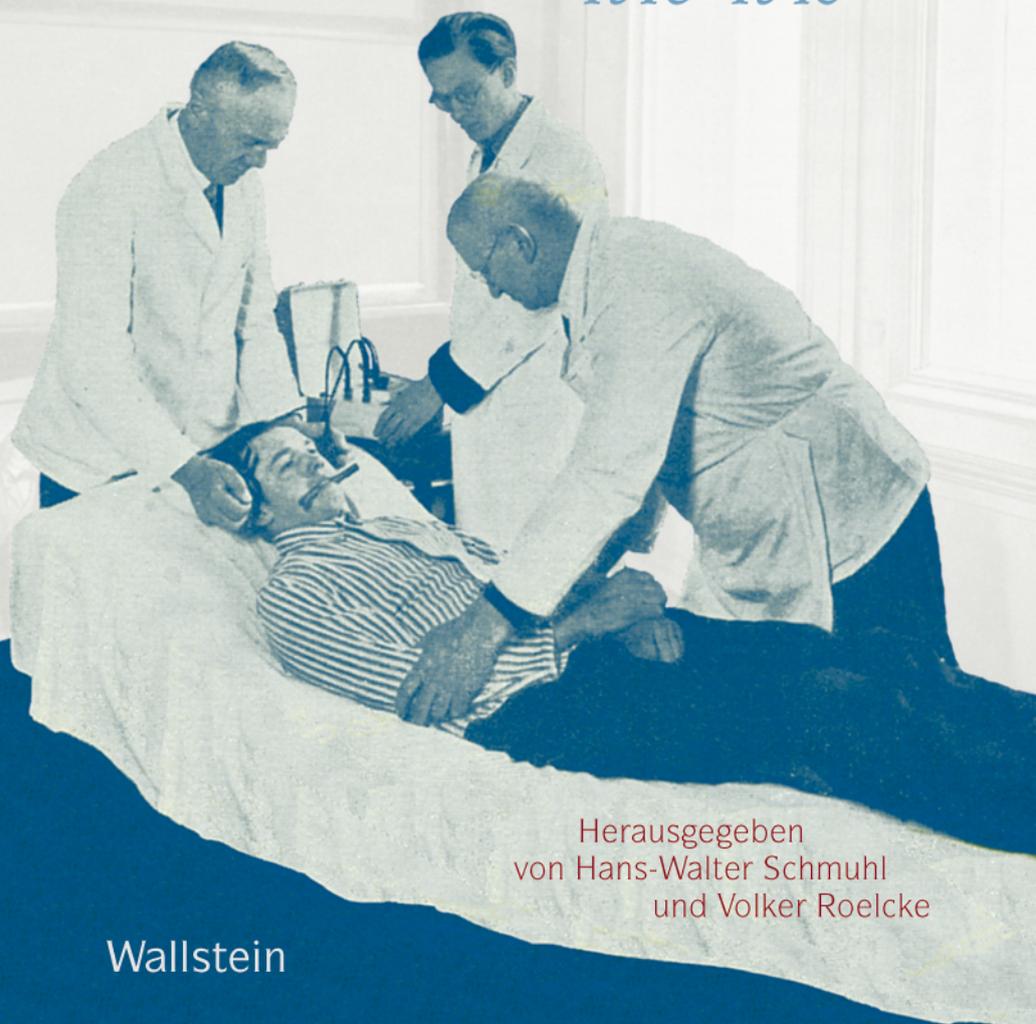


»Heroische Therapien«

*Die deutsche Psychiatrie
im internationalen Vergleich
1918–1945*



Herausgegeben
von Hans-Walter Schmuhl
und Volker Roelcke

Wallstein

»*Heroische Therapien*«

»Heroische Therapien«

Die deutsche Psychiatrie im
internationalen Vergleich, 1918–1945

Herausgegeben von
Hans-Walter Schmuhl
und Volker Roelcke

WALLSTEIN VERLAG

Die Drucklegung dieses Buches erfolgte mit finanzieller Unterstützung
der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Wallstein Verlag, Göttingen 2013
www.wallstein-verlag.de

Vom Verlag gesetzt aus der Adobe Garamond und Frutiger

Umschlaggestaltung: Susanne Gerhards, Düsseldorf,

Titelfoto: Vorbereitung zur Elektrokrampftherapie. Quelle: Siemens AG, Unternehmensgeschichte für Medizintechnik, MedArchiv, Erlangen. Das Foto gelangte zum Abdruck in: Friedrich Meggendorfer, Allgemeine und spezielle Therapie der Geistes- und Nervenkrankheiten, Stuttgart 1950, S. 37.

Druck: Hubert & Co, Göttingen

ISBN (Print) 978-3-8353-1299-9

ISBN (E-Book, pdf) 978-3-8353-2481-7

Inhalt

FRANK SCHNEIDER	
Geleitwort	7
HANS-WALTER SCHMUHL / VOLKER ROELCKE	
Einleitung	9
PHILIPP RAUH	
Die militärpsychiatrischen Therapiemethoden im Ersten Weltkrieg – Diskurs und Praxis	29
DAVID FREIS	
Die »Psychopathen« und die »Volksseele«. Psychiatrische Diagnosen des Politischen und die Novemberrevolution 1918/1919	48
RAINER HERRN	
Wie die Traumdeutung durch die Türritze einer geschlossenen Anstalt sickert. Zum Umgang mit der Psychoanalyse an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Charité.	69
JESPER VACZY KRAGH	
»Fumbling in the Dark«. Malaria, Sulfosin and Metallosal in the Treatment of Mental Disorders in Denmark, 1917-1937	100
PAMELA MICHAEL	
Prolonged Narcosis Therapy during the Inter-War Years	114
CORNELIUS BORCK	
Die Internationale der invasiven Therapien und die Diskussion in Deutschland	131
URS GERMANN	
Ein Insulinzentrum auf dem Land. Die Einführung der Insulinbehandlung und der therapeutische Aufbruch in der Schweizer Psychiatrie der Zwischenkriegszeit.	149
JOOST VIJSELAAR	
»A Hole in the Armour of Dementia Praecox«. Somatic Cures within a Context of <i>Psychiatry in Multiplicity</i> : the Netherlands 1920-1950	168

JEAN-CHRISTOPHE COFFIN	
French Biological Therapeutics in the European Context	185
LARA RZESNITZEK	
Lothar B. Kalinowsky und die Einführung der Elektrokrafftherapie in Europa. Die verflochtene Geschichte eines »zufälligen« Aufbruchs »wider Willen«?	200
SASCHA LANG	
Psychiatrie, technische Innovation und Industrie. Die Siemens- Reiniger-Werke und die Entwicklung des Elektrokrafft- therapiegerätes »Konvulsator« im Zweiten Weltkrieg	216
CHRISTOF BEYER	
Die Einführung der »heroischen« Therapien in den Heil- und Pflegeanstalten der Provinz Hannover 1936-1939	233
IOANNA MAMALI	
»Das »naturwissenschaftliche« Ideal«. Von der Zwangsbehandlung zur NS-Erbgesundheitspolitik. Ferdinand Kehler, 1915-1945	251
THOMAS BEDDIES	
»Aktivere Krankenbehandlung« und »Arbeitstherapie«. Anwendungsformen und Begründungszusammenhänge bei Hermann Simon und Carl Schneider	268
GERRIT HOHENDORF	
Therapieunfähigkeit als Selektionskriterium. Die »Schocktherapie- verfahren« und die Organisationszentrale der nationalsozialistischen »Euthanasie« in der Berliner Tiergartenstraße 4, 1939-1945	287
Dank	308
Abkürzungsverzeichnis	310
Autorinnen und Autoren	311
Register	317

Geleitwort

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) arbeitet sehr aktiv an der Aufarbeitung der Geschichte ihrer Vorläuferorganisationen in der Zeit des Nationalsozialismus.¹ In den letzten Jahrzehnten gab es hierzu wichtige Aktivitäten, so die Verleihung der Wilhelm-Griesinger-Medaille an Prof. Dr. G. Schmidt, der schon 1945 über die Verbrechen an psychisch Kranken und geistig Behinderten berichtete und dessen Buch gerade neu aufgelegt wurde.² Der seinerzeitige Präsident Dr. J. Meyer-Lindenberg legte 1990 auf dem Jahrestreffen der Amerikanischen Psychiatervereinigung eine sehr differenzierte Analyse der deutschen Psychiatrie im Nationalsozialismus vor und forderte klare Konsequenzen.³ Im Jahr 1999 zeigte die DGPPN die Ausstellung »In Memoriam« zum Weltkongress für Psychiatrie in Hamburg, bei dem auf die Opfer des nationalsozialistischen »Euthanasie«-Programms aufmerksam gemacht wurde. Diese Ausstellung, die in aktualisierter Fassung 2010 auf dem Berliner DGPPN-Kongress präsentiert wurde, wird inzwischen in vielen Ländern gezeigt.⁴

Ab dem Jahr 2009 gab es eine viel zu späte, allerdings dann systematische und bewegende Diskussion innerhalb der DGPPN. Dies führte 2009 in einer denkwürdigen Mitgliederversammlung zur Änderung von § 1 der Satzung, in der es nun heißt: *»Die DGPPN ist sich ihrer besonderen Verantwortung um die Würde und Rechte der psychisch Kranken bewusst, die aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisierungen erwachsen.«*

Es fand eine große und eindruckliche Gedenkveranstaltung auf dem Kongress 2010 mit einer deutlichen Bitte um Entschuldigung an die Opfer und ihre Angehörigen statt, und die entsprechenden Konsequenzen aus den Verbrechen in der Zeit des Nationalsozialismus wurden gezogen.⁵ Die DGPPN

- 1 Frank Schneider, Psychiatrie im Nationalsozialismus: Erinnerung und Verantwortung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft, in: Matthias Bormuth/Frank Schneider (Hg.), Psychiatrische Anthropologie. Zur Aktualität Hans Heimanns, Stuttgart 2013.
- 2 Gerhard Schmidt, Selektion in der Heilanstalt 1939-1945. Neuausgabe mit ergänzenden Texten, hg. v. Frank Schneider, Berlin 2012.
- 3 Johannes Meyer-Lindenberg, The Holocaust and German Psychiatry, in: British Journal of Psychiatry 159, 1991, S. 7-12.
- 4 Michael v. Cranach/Frank Schneider, In Memoriam. Ausstellungskatalog/Exhibition Catalogue, Berlin 2010.
- 5 Frank Schneider (Hg.), Psychiatrie im Nationalsozialismus – Gedenken und Verantwortung, Berlin 2011.

erkennt an, dass sie in der Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte sowohl überfordert wie auch befangen ist: Sie erteilte einer internationalen Kommission aus Medizinhistorikern unter dem Vorsitzenden Prof. V. Roelcke aus Gießen den Auftrag, die Geschichte der Vorläuferorganisationen im »Dritten Reich« aufzuarbeiten. Neben der Vergabe von zwei Forschungsprojekten hatte die Kommission sich die Aufgabe gestellt, eine Tagung mit dem Titel »Der therapeutische Aufbruch der Psychiatrie in der Zwischenkriegszeit: Deutschland im internationalen Vergleich« durchzuführen. Diese fand auf Einladung der DGPPN an der RWTH Aachen im Juni 2012 statt. Eine Auswahl der dort vorgestellten und diskutierten Referate findet sich in überarbeiteter Fassung zusammen mit einigen weiteren zusätzlich aufgenommenen Beiträgen in dem vorliegenden Band. Wir sind den beiden Herausgebern Prof. V. Roelcke (Gießen) und apl. Prof. H.-W. Schmulh (Bielefeld) außerordentlich dankbar, dass sie neben der wissenschaftlichen Leitung des Aachener Symposiums nun auch eine entsprechende erweiterte Dokumentation vorlegen.

Die im Buch dargestellte historische Diskussion zur Elektrokonvulsions-therapie (EKT, historisch Elektroschock- oder Elektrokrampftherapie) soll an dieser Stelle um einen medizinischen Aspekt ergänzt werden, um Missverständnissen vorzubeugen. Die EKT stellt ein hochwirksames evidenzbasiertes Verfahren dar und ist mit der Elektrokrampfbehandlung der Zwischenkriegszeit nicht zu vergleichen. Sie wurde in den letzten Jahrzehnten durch kontinuierliche Modifikationen zu einer modernen medizinischen Maßnahme weiterentwickelt. Indikationen, Wirkungen und Nebenwirkungen sind durch Studien inzwischen sehr gut belegt. Nationale Fachgesellschaften haben detaillierte Stellungnahmen und Leitlinien zur EKT veröffentlicht.⁶ Sie wird heute international bei therapieresistenten Depressionen und einigen anderen schweren psychischen Erkrankungen mit großem Erfolg eingesetzt. Die Behandlung erspart vielen Patienten eine Chronifizierung ihrer Erkrankung und einen jahrelangen Aufenthalt in psychiatrischen Einrichtungen. Leider werden – im Gegensatz zu anderen Ländern wie Dänemark, Schweden oder den USA – Betroffene häufig noch sehr spät an die etablierten EKT-Zentren überwiesen, wahrscheinlich auch noch eine Konsequenz der fälschlichen Vermischung der seinerzeitigen »heroischen« mit der heutigen evidenzbasierten Therapie. In Deutschland werden heute der Patient und seine Angehörigen wie bei jeder medizinischen Maßnahme umfassend aufgeklärt, und er willigt zuvor in die Therapie schriftlich ein.

Aachen, im Juni 2013

Prof. Dr. Dr. Frank Schneider

6 Michael Grözinger/Andreas Conca/Jan DiPauli/Fritz Ramseier, Elektrokonvulsions-therapie. Psychiatrische Fachgesellschaften aus vier Ländern empfehlen einen rechtzeitigen und adäquaten Einsatz, in: *Nervenarzt* 83, 2012, S. 919-925.

Einleitung

Hans-Walter Schmuhl/Volker Roelcke

Am 9. Juni 1941 hielt Dr. *Heinrich Schulte* (1898-1983), Chefarzt des Sanatoriums Waldhaus in Berlin-Nikolassee und Dozent der Städtischen Akademie für Ärztliche Fortbildung, in der Berliner Psychiatrischen Gesellschaft einen Vortrag über die neue Elektrokrampftherapie. Die Veranstaltung habe, so heißt es in einem Aktenvermerk der Siemens-Reiniger-Werke, »insofern einen sensationellen [...] Verlauf genommen, als während der Demonstration des Elektrokrampfes an zwei Patienten mehrere Zuhörer den Saal verlassen haben«. ¹ Der Anblick sei »so fürchterlich« gewesen, dass selbst die anwesenden Mitarbeiter des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Hirnforschung gegangen seien. Über Prof. *Alois Kornmüller* (1905-1968), den Leiter der Abteilung für experimentelle Physiologie des Gehirns am Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung, erfuhren die Siemens-Reiniger-Werke von dem Vorfall. In der Firma, Produzentin der in Deutschland für die Elektrokrampftherapie verwendeten »Konvulsatoren«, machte man sich Sorgen, dass Veranstaltungen dieser Art der Verbreitung der Elektrokrampftherapie abträglich sein könnten. »Selbstverständlich«, so hielt es der Aktenvermerk fest, würden nur »Laien« den Elektrokrampf als eine starke Belastung empfinden, »denn die Psychiater wissen, dass die bisherige Methode der Cardiazol-Injektion bei dem gleichen äußerlichen Ablauf noch zusätzlich mit außerordentlichen Schmerzen für den Patienten verbunden war«.

Gut ein Jahr später, am 16. Juli 1942, hielt die Geschäftsstelle Mannheim der Siemens-Reiniger-Werke in einer weiteren Aktennotiz die Ergebnisse ihrer Verhandlungen in der Heil- und Pflgeanstalt Wiesloch fest. Diese hatte kurz zuvor von der Firma einen Konvulsator gekauft,

1 Aktennotiz von *Johannes Pätzold* (1907-1980), Elektromedizinisches Labor Erlangen, für die Technische Vertriebsleitung Berlin, 25. 6. 1941, Siemens MedArchiv Zwischenarchiv (= SMAZ), Elektromedizinisches Labor (E-Lab), Elektroschock 1940-1941, unsigniert. Danach auch die folgenden Zitate. – Wir danken dem Unternehmensarchiv für Medizintechnik der Siemens AG, das uns Zugang zu seinen Beständen gewährt, und Herrn Sascha Lang, M.A., der dort für uns die Aktenrecherche durchgeführt hat.

der »stark in Anspruch genommen«² wurde und mit dem man sehr zufrieden war. Die Anstalt trug sich mit der Absicht, einen weiteren Apparat dieser Art zu erwerben. Ihr Direktor, Dr. *Wilhelm Möckel* (1887-1954), hatte bei den Verhandlungen erwähnt, dass seine Anstalt vor kurzem von Ministerialrat Dr. *Herbert Linden* (1899-1945) aus dem Reichsinnenministerium besucht worden sei, der in Wiesloch ausdrücklich als »Reichskommissar für die Erforschung der Therapie für Elektrokampfbehandlung« aufgetreten war. Linden habe bei dieser Gelegenheit erklärt, dass Wiesloch zu einem »Musterinstitut für die Erforschung der Elektroschockbehandlung« ausgebaut werden sollte, wobei man mit Prof. *Carl Schneider* (1891-1946), dem Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, eng zusammenarbeiten sollte.³

Die beiden Dokumente belegen, dass die neuartige Elektrokampftherapie in Deutschland auf ein großes wissenschaftliches Interesse stieß, dass die Psychiater auch unter den Bedingungen des Krieges bemüht waren, die neue Methode in die psychiatrische Praxis einzuführen, und dass sie dabei von hochrangigen Funktionären des NS-Regimes unterstützt wurden. Deutlich wird auch, dass man sich darüber im Klaren war, dass den neuen »heroischen Therapien« etwas Brachiales anhaftete, dass man sich Sorgen um ihre Akzeptanz in der Gesellschaft machte, sie gleichwohl als entscheidenden Fortschritt betrachtete. Und klar wird schließlich auch, dass die neuen Therapien umstandslos in die für die Medizin im Nationalsozialismus so typische Dialektik von Heilen und Vernichten integriert wurden. Denn der Ministerialrat Herbert Linden, der sich hier um die wissenschaftliche Erforschung der Elektrokampftherapie bemühte, war in seiner Eigenschaft als »Reichsbeauftragter für die Heil- und Pflgeanstalten« eine Schlüsselfigur im NS-»Euthanasie«-Programm.⁴

2 Aktennotiz Geschäftsstelle Mannheim, 16. 7. 1942, SMAZ, E-Lab, Elektroschock ab 1942, unsigniert. Danach auch die folgenden Zitate. – Vgl. auch den Beitrag von Sascha Lang in diesem Band.

3 Zur Biographie Carl Schneiders vgl. Christine Teller, Carl Schneider. Zur Biographie eines deutschen Wissenschaftlers, in: *Geschichte und Gesellschaft* 16, 1990, S. 464-478; Hans-Walter Schmuhl, *Ärzte in der Anstalt Bethel, 1870-1945*, Bielefeld 1998, S. 76-80. Dazu auch die in Anm. 5 genannte Literatur sowie der Beitrag von Thomas Beddies in diesem Band.

4 Verordnung über die Bestellung eines Reichsbeauftragten für die Heil- und Pflgeanstalten v. 23. 10. 1941, RGBl. I, 1943, S. 653; vgl. dazu Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung »lebensunwerten Lebens« 1890-1945*, Göttingen, 2. Aufl. 1992; Winfried Süß, *Der »Volkkörper« im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945*, München 2003.

Im Dezember 1942 wurde in Wiesloch eine der beiden »Forschungsabteilungen« der »Euthanasie«-Zentrale eingerichtet – sie war der Leitung von Carl Schneider unterstellt.⁵ Die Verantwortlichen sahen hier offenbar keinen Widerspruch: Der »Euthanasie«-Apparat intervenierte mehrmals bei politischen Stellen, um die Belieferung der Heil- und Pflegeanstalten mit Konvulsatoren⁶ – wie auch mit dem für die Insulin-therapie notwendigen Insulin⁷ – auch unter den Bedingungen der Kriegswirtschaft sicherzustellen.

Der ärztliche Stab des »Euthanasie«-Programms war eng mit der Führung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (GDNP) verflochten, die 1935 durch den Zusammenschluss des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte entstanden war.⁸ Betrachtet man die inhaltlichen Schwerpunkte der von ihr gesteuerten Zeitschriften,⁹ so erkennt man, dass von dieser Seite aus, nach

- 5 Diese »Forschungsabteilung« wurde bald darauf in die Psychiatrische Universitätsklinik Heidelberg verlegt, vgl. Gerrit Hohendorf/Volker Roelcke/Maike Rotzoll, Innovation und Vernichtung. Psychiatrische Forschung und »Euthanasie« an der Heidelberger Psychiatrischen Klinik 1939-1945, in: *Der Nervenarzt* 67, 1996, S. 935-946; Volker Roelcke/Gerrit Hohendorf/Maike Rotzoll, Erbpsychologische Forschung im Kontext der »Euthanasie«. Neue Dokumente zu Carl Schneider, Julius Deussen und Ernst Rüdin, in: *Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie* 66, 1998, S. 331-336; Gerrit Hohendorf u. a., Die »Kinderfachabteilung« der Landesanstalt Eichberg 1941 bis 1945 und ihre Beziehung zur Forschungsabteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik unter Carl Schneider, in: Christina Vanja u. a. (Hg.), *Wissen und irren. Psychiatriegeschichte aus zwei Jahrhunderten*. Eberbach und Eichberg, Kassel 1999, S. 221-243; Gerrit Hohendorf/Maike Rotzoll, »Kinder-euthanasie« in Heidelberg, in: Thomas Beddies/Kristina Hübener (Hg.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin 2004, S. 125-148.
- 6 Vgl. dazu die Beiträge von Sascha Lang und Gerrit Hohendorf in diesem Band.
- 7 Vgl. z. B. Aktennotiz der Abteilung Planung der T4-Zentrale, 23. 2. 1942, Bundesarchiv Berlin (= BArch.) R 96 I/3. Hier werden die Auswirkungen eines Erlasses von Herbert Linden vom 24. Januar 1942 erörtert, der die weitere Verwendung von Insulin zur Behandlung von Schizophrenen – von Ausnahmen abgesehen – untersagt hatte.
- 8 Vgl. dazu Volker Roelcke/Gerrit Hohendorf/Maike Rotzoll, Psychiatrische Genetik und »Erbesgesundheitspolitik« im Nationalsozialismus: Zur Zusammenarbeit zwischen Ernst Rüdin, Carl Schneider und Paul Nitsche, in: *Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde* 6, 2000, S. 59-73. Eine Monographie von Hans-Walter Schmuhl zur Geschichte der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, welche die Ergebnisse eines von der DGPPN in Auftrag gegebenen Forschungsprojekts präsentiert, steht vor dem Abschluss.
- 9 So wurden in der »Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie« zwischen 1936 und

anfänglichem Zögern, der Diskurs über die neuen Therapien energisch forciert wurde. Thematisiert wurden die dabei angewandten Techniken, die in Frage kommenden klinischen Krankheitsbilder, die Erfolgsraten, die Langzeitprognose der behandelten Patienten, mögliche Wirkmechanismen, aber auch Risiken und Komplikationen, etwa Knochenbrüche bei den Krampftherapien.

Das zeigt sich auch bei den Jahresversammlungen der GDNP. Der österreichische Psychiater *Manfred Sakel* (1900-1957) hatte über die erstmals Ende Oktober 1933¹⁰ in Wien an schizophrenen Patienten angewandte Insulinkomatherapie 1934/35 in einer Serie von Artikeln in der »Wiener Medizinischen Wochenschrift« berichtet, die dann Anfang 1935 als »erweiterter Separatdruck« in Buchform erschienen.¹¹ Die neue Therapiemethode wurde im Deutschen Reich zwar wahrgenommen, aber erst im Sommer 1935 von *Wilhelm Ederle* (1901-1966) an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Gießen praktisch erprobt.¹² Erst ab Februar 1936 folgten weitere deutsche Kliniken und Anstalten und testeten die Insulinkoma- und auch die 1934 von dem ungarischen Psychiater *Ladislav v. Meduna* (1896-1964) entwickelte Cardiazolkrampftherapie, manchmal auch die Kombination dieser beiden Behandlungsformen.¹³ Im Vorfeld der 2. Jahresversammlung der GDNP, die vom 23. bis 26. August 1936 in Frankfurt a. M. stattfand, erörterte man im engen Führungszirkel der Fachgesellschaft, ob und wie man die ersten Ergebnisse der Insulinkomatherapie in Deutschland thematisieren sollte. Wilhelm Ederle, der inzwischen mit seinem Vorgesetzten, Prof. *Hermann F. Hoffmann* (1891-1944), von Gießen an die Universitätsnervenlinik Tübingen gewechselt war und dort seine Versuche mit der Insulinkomatherapie fortgesetzt hatte, wollte auf der Jahresversammlung über die ersten Erfahrungen mit der Insulinkomabehandlung der Schizophrenie referieren.

1942 insgesamt 45 Beiträge veröffentlicht, die sich mit der Insulinkomatherapie (21), der Cardiazolkrampftherapie (19), der Elektrokrampftherapie (5), der Malaria- bzw. Dauerschlafbehandlung (2), der Krampfbehandlung mit Azoman, Aneurin (Vitamin B₁), Ammoniumchlorid und Acetylcholin (je 1) oder allgemein mit den Schock- und Krampfverfahren (4) befassten.

10 Zur Datierung: Matthias Hamann-Roth, Die Einführung der Insulinschocktherapie im Deutschen Reich 1935 bis 1937, Wetzlar 2001, S. 5, 13, 21.

11 Ebd., S. 14. Manfred Sakel, Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie, Wien/Leipzig 1935.

12 Hamann-Roth, Einführung, S. 44-49. Hamann-Roth datiert den Beginn der Behandlungen in Gießen »auf spätestens Anfang August 1935«. Ebd., S. 44 f.

13 Dazu ausführlich: ebd., S. 49-94.

Prof. *Ernst Rüdin* (1874-1952), Direktor der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München und »Reichsleiter« der GDNP,¹⁴ befürwortete die kurzfristige Aufnahme des Referats in das Programm der Jahresversammlung, und zwar im Plenum und nicht nur im »Ausschuss für praktische Psychiatrie«.¹⁵ Gleichwohl hatte Rüdin Bedenken mit Blick auf seine Politik der Ausrichtung der psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaft auf die NS-Erbgesundheitspolitik: »Unter gar keinen Umständen«, so betonte er, dürfe die Diskussion der Insulinkomatherapie »eine störende Rückwirkung auf die Durchführung des Sterilisationsgesetzes haben«.¹⁶ Ederle referierte in der Sitzung der Psychiatrischen Abteilung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, an das Referat schloss sich eine lebhafte Diskussion an, bei der sich ein »insgesamt positives Bild«¹⁷ der Insulinkomatherapie abzeichnete.

In der Folgezeit förderten Ernst Rüdin und der innere Führungszirkel der GDNP die Ausbreitung der Insulinkoma- und der Cardiazolkrampftherapie nach Kräften. Trotzdem zeigte sich im folgenden Jahr, dass die deutsche Psychiatrie auf diesem Gebiet zumindest zeitweise in Rückstand geraten war. Deutlich wurde das bei der Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie vom 29. bis 31. Mai 1937 in Münsingen, zu der über 200 Teilnehmer aus zwölf Ländern anreisten, um sich über die neuen Therapien zur Behandlung der Schizophrenie (Insulinkoma-, Cardiazolkrampf- und Dauerschlafbehandlung) auszutauschen.¹⁸

14 Zu seiner Biographie: Matthias M. Weber, Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie, Berlin u. a. 1993, sowie die Richtigstellungen, Ergänzungen und Kontextualisierungen in: Volker Roelcke, Psychiatrische Wissenschaft im Kontext nationalsozialistischer Politik und »Euthanasie«: Zur Rolle von Ernst Rüdin und der Deutschen Forschungsanstalt/Kaiser-Wilhelm-Institut für Psychiatrie, in: Doris Kaufmann (Hg.), Die Kaiser-Wilhelm-Gesellschaft im Nationalsozialismus, Bd. 1, Göttingen 2000, S. 112-150; ders., Programm und Praxis der psychiatrischen Genetik an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie unter Ernst Rüdin. Zum Verhältnis von Wissenschaft, Politik und Rasse-Begriff vor und nach 1933, in: Hans-Walter Schmuhl (Hg.), Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933, Göttingen 2003, S. 38-67; ders., Ernst Rüdin. Renommierter Wissenschaftler, radikaler Rassenhygieniker, in: Der Nervenarzt 83, 2012, S. 303-310.

15 Hinter dieser Bezeichnung verbarg sich die überkommene »Direktorenkonferenz«.

16 Rüdin an Nitsche, 7. 7. 1936, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, Historisches Archiv (= MPIP-HA), GDA 27. Dazu ausführlich: Hamann-Roth, Einführung, S. 94-107.

17 Ebd., S. 107.

18 Vgl. den Beitrag von Urs Germann in diesem Band.

Im Auftrag Rüdins führte Dr. *Egon Küppers* (1887-1980), Anstaltsarzt in der Badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau bei Achern, im Juli 1937 eine Umfrage unter den deutschen Heil- und Pflegeanstalten durch. Küppers hatte seit Juli 1936 mit der Insulinkomatherapie experimentiert und zusammen mit dem Direktor der Illenau, Dr. *Hans Roemer* (1878-1947), an der Münsinger Tagung teilgenommen.¹⁹ In der gemeinsamen Sitzung des »Deutschen Ausschusses für psychische Hygiene«²⁰ und des »Ausschusses für praktische Psychiatrie« am 23. September 1937, die im Anschluss an die 3. Jahresversammlung der GDNP in München stattfand, referierte Küppers über die Ergebnisse seiner Umfrage.²¹ Die Versammlung kam zu dem Schluss, dass möglichst jeder »frische Fall« von Schizophrenie einer Insulinbehandlung unterzogen werden sollte. Auch sollte die Fachgesellschaft Schritte im Reichsinnenministerium unternehmen, damit die Krankenkassen und Fürsorgeverbände die Kosten der teuren Insulinkomatherapie übernehmen.

Unmittelbar nach dem Erscheinen des Münsinger Tagungsbandes im Dezember 1937 wandte sich Rüdin an seinen Ansprechpartner im Reichsinnenministerium, Ministerialdirektor Dr. *Arthur Gütt* (1891-1949). Die Münsinger Tagung, so Rüdin, habe gezeigt, »dass die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie heute von den Fachkreisen aller

19 Hamann-Roth, Einführung, S. 53, 71-79.

20 Hervorgegangen aus dem Deutschen Verband für Psychische Hygiene, der 1934 im Deutschen Verein für Psychiatrie aufgegangen war.

21 Egon Küppers, Bericht über die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie, in: Ernst Rüdin/Friedrich Ast/Hans Roemer, Bericht über die gemeinsame Sitzung des Deutschen Ausschusses für psychische Hygiene und des Ausschusses für praktische Psychiatrie am 23. September 1937 in München anlässlich der 3. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, in: Zeitschrift für Psychische Hygiene 11, 1938, S. 1-30, hier: S. 17; ders., Die Insulin- und Cardiazolbehandlung der Schizophrenie, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 107, 1938, S. 76-96. – Auf der 3. Jahresversammlung selbst gab es lediglich drei Beiträge über den Einsatz von Cardiazol zur Diagnose und Therapie: G. Stiefler/F. Langsteiner, Linz, »Über den Wert des Cardiazolversuches bei der Epilepsie«; Albrecht Langelüddecke, Marburg, »Über Cardiazolkrämpfe«; J. v. Steinau-Steinrück, »Cardiazolversuch bei Epilepsieverdacht«; vgl. auch Hamann-Roth, Einführung, S. 141-143. Egon Küppers erhielt anlässlich der 4. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater 1938 in Köln wegen seiner Verdienste »um die praktische und wissenschaftliche Förderung der Insulintherapie bei der Schizophrenie« den mit 150 RM dotierten Laehr-Preis. Rüdin an Küppers, 26.10.1938, MPIP-HA, GDA 129.

Kulturvölker aufgenommen worden«²² sei. Unter Verweis auf das Referat von Küppers machte Rüdin eine Erfolgsbilanz auf: »Demnach haben zu dem genannten Zeitpunkt (1.8.) 30 Kliniken und Anstalten 962 mit Insulin behandelte und 22 Kliniken und Anstalten 262 mit Cardiazol behandelte Fälle abgeschlossen. Die hierbei erzielten Erfolge haben bei Fällen mit einer Krankheitsdauer unter einem Jahr beim Insulin 79, beim Cardiazol 78 v. H. betragen. Diese Erfolgsziffern erreichen annähernd die in Wien und in der Schweiz erzielten günstigen Ergebnisse und tragen schon heute wesentlich zur Abkürzung der Anstaltsbehandlung und damit zur Entlastung der Anstalten bei.« Da sich das Reichsgesundheitsamt – »beeinflusst [...] von einer zweifelnden Stellungnahme der Bonhoefferschen Klinik zur Insulintherapie«²³ – zunächst querstellte, intervenierten Rüdin und der Geschäftsführer der GDNP, Prof. *Hermann Paul Nitsche* (1876-1948), wiederholt im Ministerium. Dies hatte zur Folge, dass das Reichsarbeitsministerium mit Runderlass vom 25. Mai 1938 verfügte, dass die Krankenkassen die Kosten der Insulinkomatherapie übernehmen müssten, wenn diese »ärztlicherseits verordnet« sei, da die Insulinkur »wirksamer als die bisher bekannten Behandlungsarten« sei und als »erprobt« gelten könne.²⁴

Im Falle der im April 1938 von *Ugo Cerletti* (1877-1963) und *Lucio Bini* (1908-1964) an der Universitätsklinik in Rom erstmals erprobten Elektrokrampftherapie war die GDNP von Anfang an bemüht, den Anschluss an die internationale Entwicklung nicht zu verpassen. Für die 6. Jahresversammlung der Fachgesellschaft, die vom 5. bis 7. Oktober 1941 in Würzburg stattfinden sollte (dann aber wegen der Kriegslage ausfiel), waren nicht weniger als elf Referate zu den neuen Therapien, überwiegend zur Elektrokrampftherapie, geplant²⁵ – und zwar in der zentralen Sektion zur

22 Rüdin an Gütt, 15.12.1937, MPIP-HA, GDA 129. Danach auch das folgende Zitat.

23 Nitsche an Rüdin, 25.2.1938, MPIP-HA, GDA 129. Tatsächlich hatte *Karl Bonhoeffer* (1868-1948), der Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Berliner Charité, im Juli 1937 eine mehr als skeptische Stellungnahme zu den Ausführungen von Egon Küppers an das Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung geschickt. Hamann-Roth, Einführung, S. 125f.

24 Runderlass des Reichsarbeitsministeriums, 25.5.1938, MPIP-HA, GDA 129.

25 Friedrich Meggendorfer, Erlangen, »Zur Klinik des Elektrokrampfes«; Adolf Bingel, Erlangen, »Die Technik des Elektrokrampfes«; Max Müller, Münsingen, »Über die Elektrokrampfbehandlung in der Psychiatrie«; H. Leuthold, München, »Erfahrungen mit Elektroschockbehandlung an der Universitäts-Nervenklinik München«; W. Holzer und K. Reißner, Wien, »Erfahrungen mit Elektroschocktherapie«; Tieling, Berlin-Nikolassee, »Indikationsstellung der Krampftherapie«;

Therapie der Psychosen. Vorgesehen war, dass Carl Schneider dort den Hauptvortrag halten würde, in dem das laufende »Euthanasie«-Programm als ein offenes Geheimnis behandelt werden sollte.²⁶ Schließlich war es – wie bereits ausgeführt – der bürokratische Apparat zur Organisation des Massenmords an geistig behinderten und psychisch erkrankten Menschen, der unter den Bedingungen der Kriegswirtschaft dafür sorgte, dass deutsche Heil- und Pflegeanstalten die zur Elektrokrampftherapie nötigen Apparate erhielten.

Man sieht: Die Einführung der »Großen Somatotherapien«²⁷ im nationalsozialistischen Deutschland geschah nur anfangs mit einer gewissen Verzögerung, die mit der Fokussierung auf die psychiatrische Genetik und Eugenik zusammenhing.²⁸ Ab 1937 wurden die neuen Therapieformen und die Eugenik als komplementäre Elemente einer modernen Psychiatrie verstanden, gingen der »therapeutische Aufbruch« und die »Ausmerze« der »Unheilbaren« und »Unbrauchbaren« Hand in Hand. In der älteren Forschung findet sich mitunter implizit die These, dass die

Runge, Berlin-Nikolassee, Nachuntersuchungen schockbehandelter Psychosen; Greving, Breslau, »Die Veränderungen des Liquors nach Cardiazol- und Azomananfällen sowie Insulinschock«; E. Fünfgeld, Köln, »Behandlung von Schlafstörungen mit Insulin«; K. Hartmann und H. Zbinden, Waldbau/Bern, Über den derzeitigen Stand der Dauernarkose-Behandlung der Schizophrenie; v. Stockert, Frankfurt a. M., »Die klinische und therapeutische Bedeutung des Eviplanversuches in der Psychiatrie«. Erster gedruckter Entwurf des Programms in: National Archives Washington (NAW), Record Group 549, Stack 290, Row 59, Comp. 17, Bl. 125827-125834; Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 43 (1941), S. 359 f.

26 Vgl. Hans-Walter Schmuhl, Psychiatrie und Politik. Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, in: Christine Wolters/Christof Beyer/Brigitte Lohff (Hg.), Abweichung und Normalität. Psychiatrie in Deutschland vom Kaiserreich bis zur Deutschen Einheit, Bielefeld 2012, S. 137-157. Dazu auch die Beiträge von Thomas Beddies und Gerrit Hohendorf in diesem Band.

27 Otfried K. Linde, Konzepte und Konsequenzen der so genannten großen Somatotherapien in den 20er und 30er Jahren unseres Jahrhunderts, in: Günter Wahl/Jens Bohlken (Hg.), Vom Nutzen und Nachteil der Historie. Warthausener Gespräche zur Geschichte der Seelenheilkunde, Reichenbach 1994, S. 123-143.

28 Die Aussage von Matthias Hamann-Roth, »erbbiologisch orientierte und einflussreiche Psychiater wie Rüdin und Nitsche« hätten die »Propagierung der Insulinschockbehandlung »auf kleiner Flamme« zu halten« gewünscht, »um die Politik der Zwangssterilisation nicht zu beeinflussen« (S. 169), kann, wie gezeigt, nur bis 1936/37 Geltung beanspruchen. Danach wurden Rüdin und sein Netzwerk zum Motor der Entwicklung, während Karl Bonhoeffer und der Berliner Charité die Rolle des Bremsers zufiel.

neuen Therapien im nationalsozialistischen Deutschland in besonders radikaler Form eingeführt worden seien, ohne Rücksicht auf die Belange der Patienten, ihre Grundrechte, ihre Würde, ihre körperliche Unversehrtheit und ihr Leben, und dass die neuen Therapien in Deutschland – im Gegensatz zu anderen Staaten – in einem engen Konnex mit einer rigorosen Ökonomisierung des Anstaltsbetriebs gestanden und damit schon indirekt das Lebensrecht von psychiatrisierten Menschen in Frage gestellt hätten.²⁹ Ein solcher »deutscher Sonderweg« könnte indes erst dann als sicher nachgewiesen gelten, wenn man die Einführung der neuen Therapien in verschiedenen nationalen Kontexten systematisch vergleichend und in ihren internationalen Verflechtungen untersucht hätte. Davon ist die Forschung jedoch noch weit entfernt.

Der vorliegende Sammelband soll einen Beitrag dazu leisten, diese Forschungslücke zu schließen. Er soll die Einführung der »heroischen Therapien« im internationalen Vergleich untersuchen. Erfolgte sie in allen nationalen Kontexten zeitgleich oder lassen sich Vorreiter und Nachzügler identifizieren? Wie erklären sich mögliche Verzögerungen? Welchen Einfluss übten rechtliche, politische, wirtschaftliche, soziale, kulturelle und wissenschaftliche Rahmenbedingungen auf die Entwicklung aus? Gab es in den einzelnen Psychiatrien unterschiedliche Praktiken und Kulturen, die sich auf den Umgang mit den innovativen Therapieformen auswirkten? Welche Methoden der Evaluation wurden angewandt? Wie wurde der Erfolg der neuen Therapien beurteilt? In welchem Umfang und mit welchem Tenor wurden Risiken für Leben und Gesundheit, unbeabsichtigte Nebenwirkungen oder die Verwendung für zunächst nicht vorgesehene klinische Zustände thematisiert? Gab es in diesen Fragen wissenschaftliche Kontroversen? Wie wurde das Verhältnis zwischen den neuen »heroischen Therapieformen« und neuartigen Ansätzen in der Arbeitstherapie, der offenen Fürsorge oder der Psychotherapie definiert? Wurden die Schock- und Krampftherapien auch im Zusammenhang mit Eugenik/Rassenhygiene bzw. psychiatrischer Genetik gesehen? Welche Strategien wendeten Psychiater an, um die neuen »heroischen Therapieformen« gegenüber der Politik und der

29 Vgl. z. B. Angelika Ebbinghaus, Kostensenkung, »Aktive Therapie« und Vernichtung, Konsequenzen für das Anstaltswesen, in: dies./Heidrun Kaupen-Haas/Karl Heinz Roth, Heilen und Vernichten im Mustergau Hamburg. Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik im Dritten Reich, Hamburg 1984, S. 136-146, hier: S. 141-146; Hans Ludwig Siemen, Menschen blieben auf der Strecke ... Psychiatrie zwischen Reform und Nationalsozialismus, Gütersloh 1987, S. 153-166.

Öffentlichkeit zu legitimieren, die notwendigen Ressourcen dafür einzuwerben, das Image der Psychiatrie zu beeinflussen?

Besonderes Augenmerk gilt auch dem nationalen und transnationalen Transfer der neuen Therapieformen. Wurden die neuen Therapieformen durch Hospitationen und Praktika, im Zuge der Aus- und Fortbildung in andere Staaten vermittelt? Wie wurden die ersten Erfahrungen mit den neuen Therapien in den Fachzeitschriften und auf Fachtagungen kommuniziert? Gab es einen internationalen Diskurs? Gab es Kontroversen zwischen Psychiatern entlang nationaler Grenzen?

Einige wesentliche Befunde der Beiträge dieses Bandes seien in zwölf Punkten knapp skizziert:

1. Der Erste Weltkrieg markierte eine tiefe Zäsur in der Geschichte der Psychiatrie für alle kriegsführenden Staaten. Die scheinbar erfolgreiche Behandlung der »Kriegsneurotiker« galt als Durchbruch, der die Hoffnung nährte, man werde endlich jenen »therapeutischen Nihilismus« überwinden, unter dem die Psychiatrie in dem Maße, wie andere medizinische Disziplinen im ausgehenden 19. Jahrhundert spektakuläre Fortschritte zu vermelden hatten, immer schwerer gelitten hatte. Das neue Konzept zur Ätiologie und Therapie der »Kriegsneurosen«, das sich in Deutschland auf dem Fachkongress des Deutschen Vereins für Psychiatrie und der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte im September 1916 gegen die bis dahin vorherrschende Theorie der traumatischen Neurose durchsetzte, verwies, indem es die »Kriegsneurose« letztlich auf »Willensschwäche« zurückführte, zum einen auf »minderwertige Erbanlagen« (und damit auf die psychiatrische Genetik und Eugenik), zum anderen eröffnete es aber auch ungeahnte neue Behandlungsmöglichkeiten zur Stärkung des »schwachen Willens«. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass die neuen Behandlungsansätze – etwa die »Kaufmannkur«, die »Muck'sche Kehlkopftherapie« oder das »Zwangsexerzieren« – Faktoren wie Schmerz, Angst oder Erschöpfung, die auf den Körper einwirkten, mit »psychotherapeutischen Elementen« wie Befehl, Suggestion und positiver Verstärkung verbanden. Sie implizierten also ebenso wenig einen Gegensatz zwischen Somato- und Psychotherapien wie zwischen Somatotherapien und Eugenik, wie *Ioanna Mamali* am Beispiel *Ferdinand Kehrers* (1883-1966) zeigt.

Philipp Rauh dokumentiert, dass die neuen Behandlungsmethoden in der alltäglichen Praxis der deutschen Kriegs- und Heimatlazarette viel seltener zum Einsatz kamen, als man angesichts des Fachdiskurses denken würde. Für die Selbstwahrnehmung der Psychiatrie war dies jedoch nicht entscheidend. Die Berichte über die neuen Behandlungsformen erzeugten eine Aufbruchstimmung. Das strenge Regime, das führende

Wehrpsychiater in ihren Vorzeigeeinrichtungen aufzogen, um »Kriegsneurotiker« wieder »fronttauglich« oder zumindest »arbeitsfähig« zu machen, läutete das Zeitalter der »heroischen Therapien« ein, die den therapeutischen Erfolg ohne Rücksicht darauf suchten, ob sie den Patienten einem Risiko aussetzten, ihm Schmerzen zufügten oder ihm Angst machten.

2. Der Erste Weltkrieg veränderte darüber hinaus das Selbstverständnis zumindest der deutschen Psychiater. Selbstbewusster als zuvor forderten sie jetzt, wie *David Freis* zeigt, für sich eine gesamtgesellschaftliche Deutungsmacht und die Rolle eines »Führers« und »*Generaloberstsachverständigen* für alle Lebensformen und Lebensgestaltungen des Einzelnen und der Gesellschaft«³⁰ ein. Eine besondere Gelegenheit, die psychiatrische Expertise im Hinblick auf die »Volksseele« öffentlichkeitswirksam unter Beweis zu stellen, bot die Revolution von 1918/19. Prominente deutsche Psychiater interpretierten die Revolution massenpsychologisch als »nervösen Zusammenbruch« des Volkes und stuften die Führer der Revolution als »Psychopathen« ein. Mit dem Feld der »Psychopathenfürsorge« sollte sich dann in der Weimarer Republik ein neues Arbeitsgebiet für Psychiater auftun, mit dem sie meinten ihren Beitrag zu einem umfassenden *social engineering* leisten zu können. Hier zeichnet sich am Horizont bereits die Kontur des »Arztes am Volkskörper« ab, der sich in den Dienst der NS-Erbgesundheitspolitik stellte.

3. Die Entwicklung der Psychiatrie in der Zwischenkriegszeit war – das zeigt gerade auch der internationale Vergleich – durch eine reiche Vielfalt therapeutischer Ansätze gekennzeichnet. Die neuen Somatotherapien – die 1917 von *Julius Wagner-Jauregg* (1857-1940) entwickelte Malaria-therapie der Progressiven Paralyse und andere in der Folgezeit von anderen Psychiatern ersonnene »Fieberturen«, die 1920 von *Jakob Klaesi* (1883-1980) eingeführte Dauerschlafbehandlung, die Insulinkomatherapie, die Cardiazol- und Elektrokampfbehandlung – verdrängten keineswegs andere Behandlungsformen, sondern wurden im Gegenteil mit überkommenen Methoden wie der Hydro- und Heliotherapie, vor allem aber mit den zeitgleich in der Zwischenkriegszeit aufkommenden sozialpsychiatrischen und psychologischen Therapieansätzen kombiniert, so etwa mit der »Aktiveren Krankenbehandlung« nach *Hermann Simon* (1867-1947), der offenen Fürsorge oder mit psychotherapeutischen Methoden, selbst mit psychoanalytischen Ansätzen. Wie *Rainer Herrn* am

30 Erwin Stransky, *Angewandte Psychiatrie. Motive und Elemente zu einem Programmwurf*, in: *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin* 74, 1918, S. 22-53, Zitat: S. 44 (Hervorhebung im Original).

Beispiel der Berliner Charité zeigt, gab es – abseits des demonstrativen »Säbelrasseln« auf der Bühne der Fachdiskurse – in der klinischen Praxis keine undurchdringliche Blockade gegen die Psychotherapie, und gegen Ende der 1920er Jahre wurden selbst psychoanalytisch geprägte Behandlungsansätze stillschweigend geduldet. Das gilt auch für andere europäische Länder wie die Schweiz oder die Niederlande, wo die Psychotherapie als notwendige Ergänzung der Insulinkoma- und Cardiazolkrampftherapie galt. Auch in Frankreich fasste man, wie *Jean-Christophe Coffin* beschreibt, die Psychiatrie zu dieser Zeit als »Psychobiologie« auf und kombinierte biologische, soziale und psychologische Ansätze. *Joost Vijsselaar* spricht mit Blick auf die Situation in den Niederlanden eingängig von einer »psychiatry in multiplicity«, ein Befund, der sich – mit jeweils unterschiedlicher Ausprägung und Gewichtung der einzelnen Zugangsweisen – auf die anderen in diesem Band untersuchten Länder, auch auf Deutschland, übertragen lässt.

Demnach führt es in die Irre, das Zeitalter zwischen den Weltkriegen mit Blick auf die neuen Somatotherapien als ein »biologisches Zeitalter« der Psychiatrie zu kennzeichnen. Zur Signatur dieser Phase der Psychiatriegeschichte gehörten vielmehr ein pragmatischer Grundzug, ein konzeptioneller Eklektizismus, eine eher »ganzheitliche« Betrachtungsweise und eine ausgeprägte Methodenvielfalt – vor allem aber der unbedingte Wille, den »therapeutischen Nihilismus« der Vergangenheit zu überwinden und die Psychiatrie zu einer *ärztlichen* Wissenschaft auszugestalten. Wie kaum ein anderer Psychiater seiner Zeit brachte Carl Schneider diese Neuausrichtung der Psychiatrie auf den Punkt. In seinem Lehrbuch »Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten« (1939) entwarf er – wie *Thomas Beddies* ausführlich darlegt – die Grundzüge einer »Wissenschaft von den Heilweisen«. In der Praxis verband Schneider ganz selbstverständlich die Arbeitstherapie im Sinne der »Aktiveren Krankenbehandlung«, die er als »psychogogische Heilweise« auffasste, mit der »biologischen Umstimmung« durch die Insulinkomatherapie.

4. Diese »therapeutische Grundhaltung«, die durch die ersten Erfolge der neuen, am Körper ansetzenden Therapieformen begründet und bestätigt wurde, brachte wiederum neue Formen psychiatrischer Forschung mit sich. In den Mittelpunkt rückten nun großangelegte empirische Studien, die – wie *Cornelius Borck* schreibt – ganz auf die »intensive Evaluation allein am Maßstab klinischer Wirksamkeit« abgestellt waren und – wie auch in anderen medizinischen Disziplinen der Zeit – einen neuen Typ wissenschaftlicher Rationalität konstituierten, der – gleichsam als Vorläufer der modernen evidenzbasierten Medizin – primär auf den therapeutischen Nutzen ausgerichtet war. Die Erfolgskontrolle war freilich

mit allerlei Mängeln behaftet: Die klinischen Krankheitsbilder waren nur unzureichend definiert, die Schätzung der Krankheitsdauer (und damit die Unterscheidung zwischen »Frischfällen« und »Altfällen«) unzuverlässig, die Normen der »Heilung« und »Besserung« nicht standardisiert – drei mögliche Fehlerquellen bei der Berechnung der Erfolgsraten. Zudem gab es kaum »Follow-up-Studien«, so dass durchaus unklar war, ob Voll- oder Teilremissionen von Dauer oder nur vorübergehender Natur waren. Schließlich fehlte es den klinischen Studien an Kontrollgruppen, so dass die Bedeutung von »Spontanremissionen« in den Bilanzen nicht genau bestimmt werden konnte. Diese Mängel der Erfolgskontrolle wurden im Fachdiskurs auch durchaus kritisch beleuchtet.³¹

Tatsächlich trug gerade dieser kritische Diskurs entscheidend zur Durchsetzung der neuen Therapien bei. Indem man versuchte, deren Erfolgsraten, aber auch die erheblichen Risiken und Nebenwirkungen der neuen Therapien auf internationalen Konferenzen sachlich und unvoreingenommen, *sine ira et studio*, mit der gebotenen kritischen Distanz zu diskutieren, wurde die »klinische Wirksamkeit« dieser Verfahren – jenseits überzogener Erfolgsmeldungen, die einer raschen Anerkennung eher im Wege standen – gleichsam öffentlich inszeniert. Einen Wendepunkt stellte dabei die bereits erwähnte Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie in Münsingen im Mai 1937 dar, die von *Urs Germann* eingehend dargestellt wird. Schlüsselfigur war der Schweizer Psychiater *Max Müller* (1894-1980), der sich bei dieser Gelegenheit als unabhängige, unvoreingenommene, kritische Prüfinstanz auf internationalem Parkett in Szene setzte – sein positives Urteil über die Insulinkomatherapie verhalf dieser endgültig zum internationalen Durchbruch. Bezeichnend ist, dass man auch dort, wo sich nach der Einführung einer neuen somatischen Therapie Enttäuschung einstellte, weil man die günstigen Ergebnisse, die in den Pionierländern erzielt worden waren, nicht erreichte, die Versuche doch fortsetzte – so etwa in Frankreich oder den Niederlanden.

5. Kritisch und sehr kontrovers wurde im internationalen Fachdiskurs auch über die physiologischen Wirkmechanismen diskutiert, die hinter der augenscheinlichen Wirksamkeit der neuen Somatotherapien stehen mochten.³² Dabei fällt die Bandbreite der diskutierten Wirkzusammenhänge auf. Ob die positiven Effekte der Dauerschlafbehandlung auf

31 Vgl. dazu auch: Therese Walther, Die »Insulin-Koma-Behandlung«. Erfindung und Einführung des ersten modernen psychiatrischen Schockverfahrens, Berlin 2004, S. 82-93.

32 Vgl. ebd., S. 115-130.

pharmakologische Wirkungen des dabei verwendeten Barbiturats Somnifen zurückzuführen waren oder doch auf den durch Somnifen ausgelösten Schlaf, war – wie *Pamela Michael* darlegt – ebenso umstritten wie die Frage, ob der Dauerschlaf zu einer »Lokalanästhesie« im Gehirn und einer Unterbrechung des *circulus vitiosus* von Stimulus und Erregung führte oder die Patienten – so wie man es ihnen selber und ihren Familien erklärte – nach einer künstlich verlängerten erholsamen Nacht einfach zur Ruhe kamen. Die Insulinkomatherapie beruhte ursprünglich auf reinen Erfahrungswerten, die im Laufe der Zeit entwickelten Hypothesen über mögliche Wirkmechanismen fanden ebenso wenig allgemeine Zustimmung wie die der Cardiazolkampfbehandlung zugrunde liegende Annahme eines Antagonismus zwischen Epilepsie und Schizophrenie. Niederländische Psychiater lieferten, wie *Joost Vijselaar* berichtet, psychologische Erklärungen für die Wirksamkeit der Koma- und Krampfverfahren. Danach würden die solcherart behandelten Patienten durch die Erfahrung der Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Ärzten und Pflegepersonal aus ihrem »Autismus« und »Negativismus« gerissen, sie seien infolgedessen ansprechbarer und empfänglicher für psychotherapeutische Bemühungen. Die erhöhte Zuwendung von Seiten der Ärzte und des Pflegepersonals tue ein Übriges. Ja, es gab sogar eine psychoanalytische Deutung: Koma und Krampf führten zu einer starken Regression mit Todes- und Wiedergeburtserlebnis, wodurch die Bahn für positive Emotionen frei gemacht werde. Solche psychologischen Erklärungsmomente wurden auch anderswo angeführt. Auch wurden mitunter soziale Gesichtspunkte genannt: Indem die besonders erregten, aggressiven und schwierigen Patienten einer Koma- oder Krampftherapie unterzogen würden, käme es zu einer Verbesserung des Anstaltsmilieus und stellten sich positive Effekte in der »Aktiveren Krankenbehandlung« ein. Dass man in der Frage der Wirkmechanismen im Nebel stocherte, tat dem Erfolg der neuen Somatotherapien keinen Abbruch – im Gegenteil, sie waren dadurch mit den unterschiedlichsten Konzepten der Ätiologie psychischer Erkrankungen kompatibel.

6. Risiken und Nebenwirkungen der neuen Therapien wurden in allen hier untersuchten Ländern sorgfältig registriert, dokumentiert und in der Fachöffentlichkeit diskutiert.³³ Man war sich der immensen Gefahren und Belastungen, die die neuen Verfahren für die Patienten mit sich brachten, sehr wohl bewusst. In manchen Situationen führte dies dazu, dass Behandlungsversuche keine Fortsetzung erfuhren. Im Allgemeinen aber setzte sich die Auffassung durch, dass die Risiken und Neben-

33 Vgl. ebd., S. 103-115.

wirkungen der neuen Therapien angesichts des zu erwartenden Nutzens in Kauf genommen werden müssten. So äußerte sich *Gottfried Ewald* (1888-1963), der Direktor der Universitätsnervenklinik und der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, 1937 im Hinblick auf die Gefahren der Insulinkomatherapie folgendermaßen: »Wo es um die geistige Gesundheit geht, lohnt sich schon einmal der Einsatz des Lebens.«³⁴ Dieses Diktum eines deutschen Psychiaters – der sich später bekanntlich dezidiert gegen die NS-»Euthanasie« stellen sollte – war keineswegs nur kennzeichnend für die Haltung vieler Psychiater im nationalsozialistischen Deutschland. Auch in anderen Ländern, etwa in der Schweiz, war man bereit, eine Sterberate von 0,5 bis 1 % bei der Insulinkomatherapie zu tolerieren. In Dänemark stießen, wie *Jesper Vaczy Kragh* dokumentiert, sogar Sterberaten von 7 bis 13 % bei der Malariabehandlung der Progressiven Paralyse in der (Fach-)Öffentlichkeit auf keinerlei Widerstand. Auch in den Niederlanden wurden gravierende Risiken und Nebenwirkungen akzeptiert, obwohl die Psychiatrie dort, wie *Joost Visselaar* hervorhebt, vom Ersten Weltkrieg unberührt geblieben war und keine Erfahrungen mit der Behandlung von »Kriegsneurotikern« gemacht hatte. Hier konnte der Krieg – anders als in Deutschland oder Großbritannien – nicht abstumpfend und verrohend gewirkt haben. Entscheidend war, wie der internationale Vergleich belegt, der allenthalben durchschlagende therapeutische Impetus, der die Grenzen zwischen »heilbarer« und »unheilbarer« psychischer Erkrankung verschieben wollte, auch wenn dies die Patienten in Lebensgefahr brachte oder sie Schmerz und Angst aussetzte. Die Insulinkomatherapie, so der Wiener Ordinarius *Otto Pötzl* (1877-1962), sei mit einer »Operation auf Leben und Tod«³⁵ vergleichbar. Hier wird die Konnotation des Heroischen deutlich, die allen neuen Somatotherapien anhaftete. Im Hintergrund wird eine Auffassung erkennbar, die schwere psychische Erkrankungen, etwa die Progressive Paralyse oder eine fortgeschrittene Schizophrenie, mit lebensbedrohlichen körperlichen Krankheiten wie einem Krebsleiden mit infauster Prognose gleichsetzte.

7. Eine Tendenz, die sich in allen untersuchten Ländern abzeichnet, ist die zunehmende Ausweitung und Entgrenzung der Anwendungsbereiche der neuen Therapien. So wurden die Fieber- und die Dauer-

34 Gottfried Ewald, Die neue Insulinschockbehandlung der Schizophrenie, in: Die medizinische Welt 11, 1937, S. 899-902. Vgl. auch die Beiträge von Cornelius Borck und Christof Beyer in diesem Band.

35 Zit. n. Manfred Sakel, Zur Bedeutung des epileptischen Anfalls als therapeutischen Faktors in der medikamentösen Shock-Therapie der Schizophrenie, in: Klinische Wochenschrift 16, 1937, S. 1277-1282, hier: S. 1277.

schlafbehandlung, die für Patienten mit Progressiver Paralyse gedacht waren, schon bald auf Patienten mit Schizophrenie oder bipolarer Störung, ja selbst auf »Psychopathen« übertragen. Die Koma- und Krampftherapien, für Patienten mit Schizophrenie entwickelt, fanden in verschiedenen Ländern Anwendung auch auf Patienten mit Manien, Depressionen, Neurosen usw. Diese Bereitschaft zum »off-label-use« ist auf die neue Aufgeschlossenheit zum therapeutischen Experiment zurückzuführen, die in der neuen ärztlichen Grundhaltung wurzelte.

8. Der therapeutische Aktionismus allein vermag das atemberaubende Tempo, mit dem sich die neuen Somatherapien über Ländergrenzen hinweg verbreiteten, nicht zu erklären. Hier sind strukturelle Erklärungsmomente anzuführen. Entscheidend waren die weitgespannten und dichtgeknüpften professionellen Netzwerke. Die neuen Therapien wurden in Fachzeitschriften und -büchern kommuniziert, die auch in anderen Ländern rezipiert wurden, vor allem aber auf internationalen Kongressen verhandelt. Die Entwicklungen in den verschiedenen nationalen Kontexten schaukelten sich gleichsam auf. Von überragender Bedeutung für die Ausbreitung der neuen Therapien waren Hospitationen: In vielen Fällen suchten Ärzte und Ärztinnen – in Eigeninitiative oder von ihren Arbeitgebern entsandt – Kliniken auf, in denen die neuen Verfahren entwickelt worden waren oder in denen man bereits einige Erfahrungen damit gesammelt hatte, um die Techniken vor Ort zu erlernen. In anderen Fällen schickten die Pioniere der neuen Somatherapien Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus, um die Ausbreitung der von ihnen entwickelten Methoden zu fördern. Die professionellen Netzwerke spannten sich über Ländergrenzen hinweg, waren aber nicht gleichmäßig dicht gewebt. So kann *Jean-Christophe Coffin* nachweisen, dass der wissenschaftliche Austausch zwischen französischen und deutschen Psychiatern in der Zwischenkriegszeit eher gering war.

9. Die Bedeutung von Netzwerkstrukturen, die auf lose geknüpften horizontalen Beziehungsgeflechten ohne feste Hierarchien, ohne formal geregelte Instanzenzüge und Interaktionsformen beruhten, legt es nahe, die Vorstellungen von »Zentrum« und »Peripherie« wissenschaftlicher Entwicklung neu zu überdenken. Wichtige Impulse zu den neuen Somatherapien gingen von der »Peripherie« aus, von Orten, die vom Standpunkt der institutionalisierten Wissenschaft aus gesehen eher »am Rand« lagen. Dies gilt vor allem, wie *Urs Germann* herausarbeitet, für Mürren in der Schweiz, eine kleinere Anstalt, die im Windschatten der dominierenden Anstalt Burghölzli in Zürich einer dynamischen Persönlichkeit wie Max Müller die Freiräume ließ, um Innovationen wie die »Aktivere Krankenbehandlung« oder die Insulinkomatherapie ohne

größere Widerstände zu etablieren. Das kleine Dorf Münsingen wurde so vorübergehend zum »Mekka der Psychiatrie«.³⁶ Aber auch das Cardiff City Mental Hospital in Wales bot, wie *Pamela Michael* darlegt, aufgrund der institutionellen Verzahnung von klinischem Betrieb und biochemischem Forschungslabor überaus günstige Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der Dauerschlafbehandlung, die dann in ganz Großbritannien und weit über dessen Grenzen hinaus Verbreitung fand. Ähnlich verhielt es sich mit den in Dänemark 1927 entwickelten Fieberturen mit Sulfosin und Metallsalzen, die in kürzester Zeit von Brasilien bis Indien zur Anwendung kamen, wie *Jesper Vaczy Kragh* nachweisen kann.

10. Insofern ist die Geschichte der »heroischen Therapien« – wie *Lara Rzesnitzek* hervorhebt – als eine *histoire croisée*, eine »Verflechtungsgeschichte«, aufzufassen. Ihr Beitrag zeigt allerdings auch, dass es notwendig ist, die in der Psychiatrie gängigen Narrative über die transnationale Verbreitung der neuen Therapien anhand der Schriftquellen zu dekonstruieren. Solche Narrative – hier: die Lebensgeschichte *Lothar B. Kalinowskys* (1899-1992), der bei seiner etappenweisen Emigration aus dem nationalsozialistischen Deutschland erst nach Italien kam und dort die Anfänge der Elektrokrampftherapie aus nächster Nähe miterlebte, dann die neue Technik auf den weiteren Stationen seiner Emigration in Frankreich, Großbritannien und schließlich in den USA etablierte – konstruieren einen linearen Prozess der Ausbreitung der neuen Methoden von einem Zentrum her, stilisieren dabei die Rollen von Entdeckern und Vermittlern und blenden manche komplexen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zugunsten einer Meistererzählung aus. Im Falle Kalinowskys besteht die Pointe dieser Meistererzählung darin, dass ein jüdischer, aus dem nationalsozialistischen Deutschland geflohener Wissenschaftler – nach seinem »Aufbruch wider Willen« – auf seinem Weg ins Exil den Fortschritt bis nach Übersee trägt. Es handelt sich hier im Wortsinne um eine *Legende*, die zum Ausdruck bringt, *wie etwas zu lesen sei*: Der Ungeist des Nationalsozialismus kann den Fortschritt der Wissenschaft nicht aufhalten, ja er trägt sogar aufgrund einer besonderen List der Geschichte wider Willen sein Teil dazu bei. Dieses Narrativ ist nicht »falsch«, es blendet aber aus, dass Kalinowskys Aktivitäten auch darauf abzielten, den bestimmenden Einfluss der »italienischen Schule« der Elektrokrampftherapie in der internationalen Entwicklung zu sichern. Mehr noch: Die Reisen hatten auch handfeste ökonomische Motive, ging es doch auch um Patentrechte und Lizenzgebühren.

36 Max Müller, *Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte 1920-1960*, Berlin 1982, S. 171.

Damit rückt die Sphäre der Wirtschaft – neben den Sphären der Wissenschaft und der Politik – ins Blickfeld. *Sascha Lang* kann nachweisen, dass bei der Etablierung der Elektrokrampftherapie in Deutschland neben den Psychiatern und Funktionären der NS-»Gesundheitsführung« auch die Siemens-Reiniger-Werke eine Rolle spielten und dass die besondere Ausformung der Elektrokrampftherapie auch mit den wirtschaftlichen Interessen dieser Firma an der Entwicklung eines eigenen Elektrokrampfapparates, des »Konvulsators«, zusammenhing. Dabei kooperierte die Firma eng mit denjenigen Psychiatern, die in Deutschland als Erste Versuche mit der neuen Methode anstellten. Auf diese Weise wurden wissenschaftliche und wirtschaftliche Motive miteinander verwoben. Die Propagatoren der neuen Methode waren wiederum mit den Akteuren der NS-»Gesundheitsführung« verbunden.

II. Wie schon im Fall der Behandlung der »Kriegsneurosen« im Ersten Weltkrieg, so empfiehlt es sich auch im Falle der Schock- und Krampftherapien in den 1930er Jahren, zwischen Fachdiskurs und klinischer Praxis zu unterscheiden. Die empirische Untersuchung der Heil- und Pflegeanstalten der preußischen Provinz Hannover, die *Christof Beyer* vorlegt, zeigt zum einen, dass die neuen Methoden nur bei einer Minderheit der Patienten zum Einsatz kamen, also längst nicht auf so breiter Front zur Anwendung gelangten, wie es der Fachdiskurs suggerieren könnte. Zum anderen stellt sich heraus, dass zwischen den einzelnen Heil- und Pflegeanstalten, was den Anteil der behandelten Patienten und die dabei erzielten Erfolge anging, offenbar deutliche Unterschiede bestanden. Im konkreten Fall kamen die Insulinkoma- und die Cardiazol- bzw. Azomankrampftherapie in der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen sehr viel häufiger zum Einsatz und erbrachten insgesamt bessere Resultate als in den anderen Heil- und Pflegeanstalten der Provinz. Dies verweist auf die je eigenen Rahmenbedingungen: Die räumliche Nähe der Heil- und Pflegeanstalt Göttingen zur dortigen Universitätsklinik und die institutionelle Verzahnung der beiden Institutionen über die Person Gottfried Ewalds führten dazu, dass hier mehr »Frischfälle« untergebracht waren, die größere Erfolgsaussichten für die neuen Therapien boten.

Die Sicht auf den Klinikalltag erlaubt auch Einblicke aus der Perspektive der Patienten, die in den Krankenakten, allerdings gebrochen durch die Deutung des ärztlichen und Pflegepersonals, aufscheint. Wenngleich man in Deutschland die Zustimmung der Familien zur Anwendung der neuen »Schockverfahren« anstrebte und das Einverständnis der Patienten zumindest für »wünschenswert« gehalten wurde, zeigen viele der von *Christof Beyer* zusammengestellten Zeugnisse von Patienten, dass sie gegen ihren Willen behandelt wurden, unter den Nebenwirkungen litten

und die Behandlung manchmal offen verweigerten. Es finden sich in den Krankenakten aber auch Zeugnisse von Patienten, die aussagten, die Behandlung habe ihnen gutgetan. In Einzelfällen wurde die Behandlung von den Patienten auch eingefordert – in einem Fall sogar durch eine Demonstration auf dem Dach der Station. *Urs Germann* berichtet aus der Schweiz, dass sich gerade wohlhabende Patienten einer Insulinkomatherapie unterziehen wollten, wodurch die Methode für die Anstalten auch finanziell lukrativ wurde. Im Hinblick auf das Arzt-Patient-Verhältnis im Kontext der »heroischen Therapien« ergibt sich mithin aus den Beiträgen des vorliegenden Bandes ein differenziertes Bild. Eine Interpretation ausschließlich aus dem Blickwinkel des Konzepts der Sozialdisziplinierung greift zu kurz – auch wenn die Anwendung der »Schockverfahren« von Patienten zweifellos nicht selten als »Bestrafung« für eigensinniges und widerständiges Verhalten empfunden werden konnte. *Gerrit Hohendorf* kann anhand der seriellen Auswertung von Krankenakten aus der »Aktion T4« nachweisen, dass vorzugsweise »störende« und »(potenziell) gefährliche« Patienten einer »Schocktherapie« unterzogen wurden.

12. In allen Ländern, in denen die neuen »heroischen Therapien« zum Einsatz kamen, nahm – wie *Urs Germann* am Beispiel der Schweiz argumentiert – der »Ausgrenzungsdruck auf vermeintlich unheilbare Kranke« zu. Doch nur unter den Bedingungen der nationalsozialistischen Biopolitik steigerte sich dieser Ausgrenzungsdruck bis zur Dialektik von Heilen und Vernichten. In den Anfangsjahren des »Dritten Reiches« kam es zunächst zu einer systematischen Einfügung der neuen Somatotherapien in die NS-Erbgesundheitspolitik dergestalt, dass Patienten, bei denen die Therapie so gut angeschlagen hatte, dass man sie in die Arbeitswelt und die »Volksgemeinschaft« wiederingliedern zu können glaubte, vor der Entlassung einem Sterilisationsverfahren unterzog – wobei der Erfolg der Therapie, wie *Christof Beyer* an einem Einzelfall zeigt, als Bestätigung der Diagnose eines »Erleidens« dienen konnte.

Der Ärztestab, der den Massenmord an geistig behinderten und psychisch erkrankten Menschen zur Zeit des Zweiten Weltkriegs plante, organisierte, durchführte und evaluierte, sah die »Euthanasie« – die Beseitigung der »unheilbaren« und »unbrauchbaren« Patienten in den Kliniken und Anstalten – als ersten Schritt zur Umgestaltung der Heil- und Pflegeanstalten in Richtung auf einen klinischen Betrieb. Diese Ärzte förderten – wie *Gerrit Hohendorf* noch einmal ausführlich beschreibt – die Etablierung der neuen Therapien, indem sie sich bei den politischen Entscheidungsträgern nachdrücklich für die Belieferung psychiatrischer Einrichtungen mit Insulin und den zur Elektrokrampftherapie notwendigen Konvulsatoren einsetzten. Sie argumentierten gegenüber der NS-

»Gesundheitsführung«, dass die »Euthanasie« in der Bevölkerung umso größere Akzeptanz finden würde, je umfassender man zuvor die Möglichkeiten der modernen Therapeutik ausgeschöpft hätte – die »Unheilbarkeit« werde dadurch zweifelsfrei festgestellt. Diese Argumentationslinie wurde auch in den Exposés zu Dokumentarfilmen gezogen, die in der Propagandaabteilung der »Euthanasie«-Zentrale entstanden.

Wie *Gerrit Hohendorf* auf der Grundlage der statistischen Auswertung von 3.000 der insgesamt etwa 30.000 Krankenakten aus der »Aktion T4« nachweisen kann, spielten die »Schocktherapien« auch ganz konkret bei der Selektion der Opfer der NS-»Euthanasie« eine Rolle. Die »T4«-Opfer waren zwar insgesamt deutlich weniger häufig einem »Schockverfahren« unterzogen worden als die Patienten aus der Kontrollgruppe der Überlebenden. Doch befanden sich bei den mit »Schocktherapien« behandelten »T4«-Opfern auffallend viele *Langzeit*patienten, bei denen ein (erfolgloser) Therapieversuch unternommen worden war. Die erfolglose Behandlung, so kann man diese Befunde zusammenfassen, wirkte sich im Selektionsprozess negativ auf die Bewertung der betroffenen Patienten aus und wurde von den »Gutachtern« vermutlich als ein »zusätzlicher Rechtfertigungsgrund« für die Freigabe dieser Patienten zur Vernichtung betrachtet.

Es bleibt noch viel zu tun: Eine international vergleichende Forschung müsste weitere Länder mit in den Blick nehmen und die Kriterien für einen systematischen Vergleich schärfer herausarbeiten. Den Verästelungen des transnationalen Wissenstransfers sollte genauer nachgegangen werden. Weitere Therapieformen – vor allem die Lobotomie, die im vorliegenden Band ausgespart worden ist – wären in die Betrachtung einzu beziehen. Das Augenmerk sollte verstärkt auf den psychiatrischen Alltag, das Verhältnis zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten und die Wahrnehmung der Patienten gerichtet werden, ebenso auf das Verhältnis zwischen psychiatrischer Wissenschaft und Politik. Schließlich wäre der Untersuchungszeitraum auf die Zeit nach 1945 auszuweiten.

Redaktionelle Hinweise

Die Namen von Personen sind zur leichteren Orientierung bei der ersten Nennung kursiv gesetzt. Nach Möglichkeit sind Vor- und Nachnamen sowie Geburts- und Sterbejahr angegeben – die Datensätze sind jedoch in manchen Fällen unvollständig. Die verfügbaren Angaben sind im Personenregister am Ende des Buches noch einmal aufgeführt. Die Nachnamen von Patientinnen und Patienten wurden anonymisiert. Rechtschreibung und Zeichensetzung in den Quellenzitaten wurden behutsam den heute geltenden Regeln angepasst.

Die militärpsychiatrischen Therapiemethoden im Ersten Weltkrieg – Diskurs und Praxis

Philipp Rauh

Der Erste Weltkrieg zeigte das Destruktionspotential moderner Gesellschaften auf eine zutiefst verstörende Art und Weise. Die beteiligten Nationen rekrutierten in einem bis dahin unbekanntem Maße Soldaten für die zahlenmäßig enorm gewachsenen Massenheere. Auch die Kämpfe an der Front bekamen einen neuen Charakter. Vor allem das passive Ausharren und die permanente Todesbedrohung in den Schützengräben während des Stellungskrieges an der Westfront werden für den massenhaften Ausbruch einer neuen psychischen Erkrankung verantwortlich gemacht.¹

Bereits kurz nach Beginn des Krieges sahen sich die Militärpsychiatern mit einem bis dahin nicht bekannten Krankheitsbild konfrontiert: Eine Vielzahl der Soldaten reagierte auf das Erlebte mit Lähmungen einzelner oder mehrerer Gliedmaßen, sie wurden blind oder taub, zuckten, zitterten, verstummten oder brachen psychisch zusammen. Die Militärpsychiatrie fasste diese Symptome unter Bezeichnungen wie »Kriegsneurose«, »Kriegshysterie« oder »Nervenschock« zusammen. Zur Überwindung der »Kriegsneurose« entwickelten die führenden Fachvertreter spezifische Therapiemethoden, die heute drastisch anmuten, allerdings seinerzeit zum ersten Mal Chancen auf Heilung bzw. Symptombefreiung beim Soldaten in Aussicht stellten. Bei diesen für den Patienten äußerst qualvollen therapeutischen Maßnahmen wurde der Behandelte zum Beispiel mittels einer Elektrosuggestivbehandlung mit einem noch massiveren Schock als dem Kriegererlebnis konfrontiert, um ihn an die unter diesem Eindruck vergleichsweise erträglichere und weniger schmerzhaftere Front zurückführen zu können.

Das (medizin)historische Bild der Psychiatrie im Ersten Weltkrieg ist bisher stark geprägt von den in diesen Jahren entwickelten und angewandten drakonischen Behandlungsmethoden.² Die so genannte »aktive

1 Vgl. Eric Leed, *No Man's Land: Combat and Identity in World War I*, Cambridge 1979, S. 163-192; Bernd Ulrich/Benjamin Ziemann (Hg.), *Frontalltag im Ersten Weltkrieg. Wahn und Wirklichkeit. Quellen und Dokumente*, Frankfurt a.M. 1994, S. 102-109.

2 Zur Militärpsychiatrie im Ersten Weltkrieg liegt mittlerweile eine breite Forschungsliteratur vor. An grundlegenden Arbeiten seien genannt: Peter Riedesser/