

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät Charité –  
Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Die Malariatherapie in der neurologischen Männerklinik Wiesengrund

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Isita Gerda Chatterji

aus Berlin

Datum der Promotion:

25. Oktober 2013

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	7
2	Die Nervenlinik Wiesengrund .....	13
2.1	Anstaltspsychiatrie des 19. Jahrhunderts .....	14
2.2	Die Entwicklung der Psychiatrie in Berlin .....	17
2.3	Eröffnung der Klinik Wiesengrund (Historischer Hintergrund).....	19
3	Auswertung der Akten .....	37
3.1	Sichtung und Auswertung der Akten und Aktennummern.....	39
4	Ergebnis der Auswertung.....	42
4.1	Klinikauslastung .....	43
4.1.1	Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen 1926 bis 1941 .....	43
4.1.2	Liegetage und prozentuale Klinikauslastung 1926-1941 .....	44
4.2	Die Patienten .....	46
4.2.1	Das Krankheitsspektrum der Patienten .....	46
4.2.2	Durchschnittliches Lebensalter der Patienten bei der Aufnahme .....	48
4.2.3	Aufnahmen nach Wohnort .....	49
4.2.4	Zugangswege und Kostenträger .....	54
4.2.5	Berufe der Patienten der Klinik Wiesengrund nach Wirtschaftszweigen .....	60
4.2.6	Familienstand .....	63
4.2.7	Religionszugehörigkeit.....	64
4.2.8	Wiederaufnahmen in die Neurologische Männerklinik Wiesengrund .....	67
5	Erweiterte Aktenauswertung.....	69
5.1	Vergleichende Betrachtung der Aufnahme Diagnosen und der durchschnittlichen Liededauer der Patienten.....	69
5.2	Der Ernährungszustand der Patienten bei der Aufnahme .....	73
5.3	Kriegsdienst und Syphilisinfektion / Kriegsrenten .....	76
5.4	Der Zustand der Patienten bei der Entlassung / Entlassungsgrund.....	78
6	Die Malariatherapie der Neurosyphilis .....	82

6.1	Die Syphilis und ihre Erscheinungsformen .....	82
6.1.1	Tabes dorsalis, progressive Paralyse, Dementia paralytica.....	85
6.2	Geschichtliche Aspekte der Syphilis .....	91
6.3	Die Malariatherapie der progressiven Paralyse .....	98
6.3.1	Die Malaria.....	99
6.3.2	Die Malariatherapie.....	103
6.3.3	Die praktische Durchführung der Malariatherapie.....	109
7	Malariatherapie in der Männerklinik Wiesengrund.....	118
7.1	Syphilisdiagnostik.....	119
7.2	Die Therapie der Patienten mit Diagnose Neurosyphilis.....	122
7.2.1	Andere Therapien der Neurosyphilis .....	124
7.3	Die Malariatherapie im Wiesengrund .....	125
7.3.1	Einverständnis zur Durchführung einer Malariakur.....	125
7.3.2	Die Durchführung der Malariatherapie .....	127
7.3.3	Injektionsmenge und Injektionsart .....	127
7.3.4	Inkubationszeit und Anzahl der Fieberschübe .....	128
7.3.5	Die Weiterbehandlung nach der Malariatherapie.....	130
7.3.6	Nebenwirkungen der Malariatherapie .....	134
7.3.7	Der Zustand der Patienten bei der Entlassung .....	134
7.4	Kasuistiken.....	137
7.5	Die behandelnden Ärzte.....	147
8	Zusammenfassung.....	154
9	Abbildungsverzeichnis.....	159
10	Diagramm- und Tabellenverzeichnis .....	160
11	Quellenverzeichnis.....	162
12	Literaturverzeichnis .....	163
13	Anhang.....	170



Abb. 1: Bild aus der Nervenlinik Wiesengrund, vermutlich Arbeit eines Patienten<sup>1</sup>

<sup>1</sup> LA A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 31, Foto 1 aus Umschlag 1

## Die Nervenlinik Wiesengrund

Dort unten im Dorfe, die Strasse entlang  
Steht einsam versteckt ein Haus,  
und ringsherum ertönt Vogelgesang  
der lockt die Bewohner heraus.

Es sind dies nur Kranke, die wohnen dort,  
sie ruhen die Nerven dort aus,  
ganz glücklich verlassen sie diesen Hort  
denn sie gehen gesund nach Haus.

Sie werden gepflegt von Schwesternhand  
Und werden vom Arzt behandelt.  
Das knüpft noch dann ein festes Band  
Wenn der Patient in der Ferne schon wandelt.

Die Klinik wird Haus der Genesung genannt  
Weil die Kranken hier wirklich genesen  
Die meisten haben dies anerkannt  
Die vorher sehr krank gewesen.

Drum wollen wir Gott dafür dankbar sein  
Dem Arzt und den Schwestern alle  
Denn wir können künftig glücklich sein  
Drum ein Lobgesang erschalle.

Gedicht von O. M., Patient der Nervenlinik Wiesengrund  
Der Klinik aus Dank gewidmet. Wittenau d. 11.11.1927<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> LA Rep 003 – 04 – 09, Nr. 69, 01 b

## 1 Einleitung

Am 30. Januar 1925 wurde von der Deputation für das Gesundheitswesen der Stadt Berlin die Gründung einer offenen Abteilung für Neurosen in den Wittenauer Heilstätten, der ehemaligen Irrenanstalt Dalldorf, empfohlen.<sup>3</sup> In Frage kamen die einstigen Koloniehäuser der Anstalt Dalldorf. Zuvor waren dort Patienten aufgenommen worden, die als chronisch krank galten, keiner Anstaltsversorgung mehr bedurften, die aber unter gesundheitlichen Aspekten nicht alleine leben konnten. Mit Beginn der Familienpflege war für diese Patientengruppe eine Unterbringung nicht mehr erforderlich, so dass die Koloniehäuser als Räumlichkeiten zur Verfügung standen. Die frei gewordenen Gebäude wurden besichtigt und dem Umbau dieser ehemaligen Koloniehäuser wurde zugestimmt. Damit wurde die Einrichtung einer Männerklinik, der Nervenlinik Wiesengrund, im Bezirk Reinickendorf von Berlin am 2. Juli 1925 durch die Stadtverordnetenversammlung beschlossen und möglich.<sup>4</sup> In der Klinik sollten „nervöse Menschen“ und „Neurotiker aller Art“ betreut werden, die für eine Aufnahme in einer Heil- und Pflegeanstalt nicht geeignet erschienen. Mit der Gründung dieser Klinik wollte man das Stigma von den Patienten nehmen, das durch den Aufenthalt in einer „Irrenanstalt“ bestand und somit den Zugangsweg zu einer fachgerechten Therapie vereinfachen. Ziel jeder Behandlung war die schnellstmögliche Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit der Patienten. Am 26. Oktober 1926 wurde die Klinik eröffnet. Medizinisch geleitet wurde sie vom Sanitätsarzt Dr. Emil Bratz (1868-1934), der gleichzeitig Leiter der Wittenauer Heilstätten war. Belegt werden konnten 60 Betten.

Es wurden vor allem Patienten mit Spätfolgen der Syphilis aufgenommen, aber auch Patienten mit anderen „nervösen Störungen“ wie Psychopathie, Neurasthenie, Multiple Sklerose und Epilepsie wurden in der Männerklinik behandelt. Die Aufnahme fand auf freiwilliger Basis statt, die Behandlung dauerte überwiegend einige Monate. Bei schweren Komplikationen durch Therapieverfahren oder bei schweren Erkrankungen waren Verlegungen in die Wittenauer Heilstätten möglich und wurden auch genutzt. Dies war vor allem deshalb möglich, weil sich die Gebäude der neurologischen Männerklinik in räumlicher Nähe zur sogenannten „Hauptanstalt“ (gemeint sind hiermit die Wittenauer Heilstätten) befanden.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> Irrenanstalt ist ein Begriff, der in der damaligen Zeit regelhaft benutzt wurde, so dass er auch in die Arbeit eingeflossen ist.

<sup>4</sup> LA Rep. 003 – 03, Nr. 165, S. 5-8

<sup>5</sup> Panse, Friedrich: Eröffnung der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Sechsendachtzigster Band. Berlin und Leipzig (1927), S. 395-397

Die Syphilis verbreitete sich seit dem späten 15. Jahrhundert als „Franzosenkrankheit“ in weiten Teilen Europas, viele Menschen erkrankten und erlitten bei völlig fehlenden Behandlungsmöglichkeiten den Tod. Bedeutung hatte die Syphilis und besonders die Spätsyphilis vor allem deswegen, weil die Betroffenen im Verlauf weniger Jahre schwer körperlich und seelisch erkrankten, nicht mehr arbeitsfähig waren und verstarben.

Die Spätsyphilis stellte ein volkswirtschaftliches, medizinisches und soziales Problem dar. Eine erfolgreiche Behandlungsmöglichkeit war lange Zeit nicht vorhanden. Dies begann sich erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts zu ändern. Einen Erreger der Erkrankung, *Treponema pallidum* („blasser gewundener Faden“), hatten zwar Fritz Schaudinn (1871-1906) und Erich Hoffmann (1868-1959) 1905 gefunden, doch gab es keine gesicherte kurative Therapie. Zur Anwendung kamen Quecksilber in Form von Schmierkuren bei primärer Infektion und Hautgeschwüren, Wismut in Form von Injektionen sowie ein Arsenderivat, Salvarsan, das ebenfalls in Form von Injektionen verabreicht wurde. Die Behandlung mit Quecksilber ebenso wie mit Salvarsan war mit starken Nebenwirkungen verbunden. Vor allem aber schützten diese Therapien bei Erstinfektion nicht wie erhofft vor einer Spätsyphilis. Für diese gab es kaum wirksame Behandlungsoptionen, da die Mittel, die bei Primärsyphilis erfolgreich schienen, einen eher geringen therapeutischen Erfolg bei der Spätsyphilis zeigten. Es wurde nach einer Behandlungsmethode gesucht, die die Patienten vor Pflegebedürftigkeit schützen und sie wieder arbeitsfähig machen sollte.

Eine solche Therapie stellte die Malariatherapie dar.

Der österreichische Neurologe Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940) hatte beobachtet, dass Patienten mit Spätsyphilis, die gleichzeitig an Malaria litten, in Bezug auf die progressive Paralyse in ihrer Gesundheit deutlich gebessert wurden. Auf dem Boden dieser Beobachtung und der Feststellung, dass *Treponema pallidum* ein sehr hitzesensibles Bakterium ist, wurde die Malaria mit ihren wiederkehrenden hohen Fieberschüben als Therapiemöglichkeit gesehen und bei beobachteten Erfolgen fand sie ab 1919 immer häufiger Anwendung in der Behandlung der Spätsyphilis. Für seine Entdeckung, eine Krankheit mit einer anderen zu behandeln, erhielt Wagner-Jauregg 1927 den Nobelpreis für Medizin.

Die Malariatherapie stellte erstmals eine effiziente kausale Therapiemöglichkeit gegen die Neurosyphilis dar. Allerdings waren mit ihr auch diverse Risiken für den Patienten verbunden (zweite nicht banale Erkrankung als therapeutischer Ansatz).

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs und nach den Folgen der Inflation spielte, neben dem Problem der Behandelbarkeit der Syphilis und ihren Folgen, auch die soziale Absicherung für

viele Menschen eine große Rolle. Dies äußerte sich z.B. in Form von vermehrten Rentenanträgen. In der Klinik Wiesengrund wurde bei Rentenwunsch eine stationäre Begutachtung durch Arbeitgeber und Versicherungen veranlasst. In den Gutachten sollte zur Arbeitsfähigkeit oder Invalidität, dem Grad der Invalidität, dem Zeitraum, in der diese vorlag und dem Ausmaß der vorliegenden Schädigung Stellung genommen werden. Zwar standen die therapeutischen Maßnahmen im Vordergrund, doch auch diese Begutachtungen fanden in der Männerklinik statt, allerdings nahmen sie im Vergleich zur Behandlung der Spätsyphilis eine eher untergeordnete Rolle ein.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich ausführlich mit der Klinik Wiesengrund, den dort behandelten Patienten und im speziellen mit der Malariatherapie zur Behandlung der Spätsyphilis in den Jahren 1926 bis 1933, da diese die am häufigsten angewandte Behandlungsmethode darstellte. Bezüglich des Auftretens der Spätsyphilis lag die Vermutung nahe, dass es sich dabei vor allem um eine Folge des Ersten Weltkriegs handelte, was aber so nicht bestätigt werden konnte. Ferner stellte sich die Frage, ob Behandlungserfolge durch eine durchgeführte Malariatherapie bei den Patienten im Wiesengrund zu sehen waren und ob ein Unterschied im Therapieergebnis im Vergleich zum Patientenkollektiv der Wittenauer Heilstätten zu bemerken war. Da in der Klinik Wiesengrund Patienten mit deutlich weniger fortgeschrittenem Krankheitsbild aufgenommen wurden und Bratz genau darin einen deutlichen Therapievorteil sah, lag diese Vermutung nahe. Bratz hatte als erster in Berlin, in Dalldorf, die Malariatherapie eingeführt und vertrat die Auffassung, dass der Therapieerfolg umso besser sei, je früher im Krankheitsprozess der Spätsyphilis mit einer Behandlung begonnen werde.<sup>6</sup>

## **Forschungsstand**

Über die neurologische Landschaft Berlins und die Psychiatrie wurde bereits ausführlich geforscht und publiziert; sie ist weiterhin Bestandteil diverser Forschungsprojekte. Die Aufsätze in Bernd Holdorffs und Rolf Winaus Veröffentlichung über die Geschichte der Neurologie in Berlin beschäftigen sich vor allem mit der Neurologie in Berlin, namhaften Neurologen und Psychiatern und einzelnen neurologischen Abteilungen, wobei die Männerklinik Wiesengrund nicht thematisiert wird.<sup>7</sup> Mit der Berliner Psychiatriegeschichte beschäftigen sich diverse Auf-

---

<sup>6</sup> Panse, Friedrich: Personalien; Nekrolog Bratz. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Hundertundzweiter Band. Berlin und Leipzig (1934), S. 370-374

<sup>7</sup> Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin (2001)

sätze, die von Hanfried Helmchen herausgegeben wurden.<sup>8</sup> Für den Bereich der Neurologie ist hier besonders der Artikel von Roland Schiffter über „[d]ie Neurologisierung der Psychiatrie“ hervorzuheben, der u.a. den Paradigmenwechsel hin zur eher ganzheitlichen Betrachtung beider Fächer anhand der Darstellung des Wirkens der Neurologen Moritz Romberg (1795-1873), Wilhelm Griesinger (1817-1868) und Carl Westphal (1833-1890) aufzeigt.<sup>9</sup>

Mit der Rolle der Ärzte und speziell der Psychiater im Krieg befassen sich diverse Abhandlungen. Als jüngste Veröffentlichung ist die Arbeit von Susanne Michl: „Im Dienste des ‚Volkskörpers‘“ zu nennen. Sie beschäftigt sich ausführlich mit der Rolle des Individuums und der Rolle des Arztes, speziell des Psychiaters, im Krieg, unter dem Aspekt der Volksgesundheit.<sup>10</sup> Einen besonderen Teilaspekt der Volksgesundheit beschreibt Lutz Sauerteig. Er befasst sich ausführlich mit den historischen und gesundheitspolitischen Aspekten von Geschlechtskrankheiten in der Bevölkerung und der Rolle des Geschlechtskranken in der Gesellschaft.<sup>11</sup> Mit der Problematik der Kriegsneurosen zwischen 1920 und 1939 und der staatlichen Versorgung Kriegsbeschädigter setzt sich Stephanie Neuner auseinander. Dabei wird nicht nur die Kriegsneurose als solche, sondern auch die soziale Absicherung der Betroffenen geschildert.<sup>12</sup>

Thomas Beddies und Andrea Dörries beschäftigten sich mit ihrer Arbeitsgruppe intensiv mit der Geschichte der Wittenauer Heilstätten. Es fand eine ausführliche Aktenauswertung der Wittenauer Heilstätten statt, die Männerklinik wurde als Bestandteil der Wittenauer Heilstätten erwähnt, die Akten der Männerklinik Wiesengrund wurden allerdings nicht eingesehen oder ausgewertet. Administrativ gehörte die Nervenklinik Wiesengrund von Beginn an zu den Wittenauer Heilstätten; der jeweilige ärztliche Klinikdirektor war auch der Leiter der Klinik Wiesengrund.<sup>13</sup>

---

<sup>8</sup> Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008)

<sup>9</sup> Schiffter, Roland: Die Neurologisierung der Psychiatrie: Aspekte eines Paradigmenwechsels – Moritz Romberg, Wilhelm Griesinger, Carl Westphal. In: Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008), S. 59-75

<sup>10</sup> Michl, Susanne: Im Dienste des „Volkskörpers“. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft Band 177. Göttingen (2007)

<sup>11</sup> Sauerteig, Lutz: Krankheit, Sexualität, Gesellschaft: Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart (1999)

<sup>12</sup> Neuner, Stephanie: Politik und Psychiatrie. Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920-1939. Göttingen (2011)

<sup>13</sup> Vergleiche hierzu die Haushaltspläne der Stadt Berlin ab 1927 LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1476, - Nr. 1483, - Nr. 1500, - Nr. 1503, - Nr. 1508, bzw. ab 1939 die Haushaltspläne des Bezirks Reinickendorf der Stadt Berlin, LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1518, - Nr. 1522, - Nr. 1527 und - Nr. 1530

Die Situation der Wittenauer Heilstätten im Dritten Reich ist in der Literatur bereits ausführlich dokumentiert.<sup>14</sup> Deshalb wird die Situation während des Dritten Reiches in dieser Arbeit nicht gesondert thematisiert.

Zwar gibt es zwei Abhandlungen, die die Klinik Wiesengrund erwähnen, der Aspekt der neurologischen Männerklinik fehlt jedoch in beiden. Gerhart Zeller beschäftigt sich in seinem Aufsatz in der Denkschrift zum 100jährigen Bestehen der Klinik Wiesengrund zwar mit dem Wittenauer Staffelsystem, speziell geht er aber nur auf den Zeitraum ein, in dem im Wiesengrund Kinder und Jugendliche psychiatrisch behandelt wurden.<sup>15</sup> Auch Wolf Stender beleuchtet die Klinik in seiner Dissertation mit dem Titel: „Hundert Jahre ‚Klinik Wiesengrund‘“ ausschließlich unter dem Aspekt der Kinder- und Jugendpsychiatrie.<sup>16</sup> Aktuell existiert im Bezirksamt Reinickendorf von Berlin eine „Arbeitsgruppe Eichborndamm“, die sich mit der Geschichte der ehemaligen Klinik Wiesengrund am heutigen Eichborndamm (ehemals Charlottenburger Strasse) beschäftigt. Es ist geplant, in einem der Häuser der ehemaligen Nerven- und späteren Kinderklinik einen Gedenkort einzurichten.

## **Quellen und Erfassung der Daten**

Grundlage dieser Arbeit sind die Krankenakten der Klinik Wiesengrund, die 70 Jahre nach Schließung der Klinik erstmals ausgewertet werden. Sämtliche Akten befinden sich im Landesarchiv Berlin. Bisher wurden weder ein Aufnahme- noch ein Entlassungsbuch gefunden.

Bis Ende 1933 waren die Krankenakten fadengeheftet; eine Akte bestand aus dem Deckblatt, der Verlaufsdokumentation, einem Untersuchungsbogen, einer Verlaufskurve, Untersuchungsbefunden und einem Briefumschlag mit Verordnungsblättern und ggf. persönlichen Dokumenten.

1934 änderte sich das Aktensystem. Die Krankenakten setzten sich nun aus einzelnen Seiten, die in einen blauen Schnellhefter eingeklebt wurden, zusammen. Im Einzelnen waren dies: ein rosa Deckblatt, ein Untersuchungsbogen, die Verlaufsdokumentation, die Verlaufskurve, Verordnungsblätter, Untersuchungsbefunde und ggf. persönliche Dokumente.

---

<sup>14</sup> Vergleiche hierzu Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum (1999)

<sup>15</sup> Zeller, Gerhart: Die moderne Psychiatrie beginnt in Wiesengrund. Gedanken über Bratz und das Wittenauer Staffelsystem. In: Machinek, Uwe und Hartisch, Eberhard (Hrsg.): Denkschrift zum 100jährigen Bestehen der Klinik Wiesengrund. Berlin (ca. 1983), S. 53-69

<sup>16</sup> Stender, Wolf: Hundert Jahre „Klinik Wiesengrund“. Eine medizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Inaugural-Dissertation. Berlin (1982)

Im Rahmen der Auswertung der Akten wird genauer auf die Form der Dokumentation und den Akteninhalt eingegangen.

Als weitere Quelle diente das statistische Jahrbuch der Stadt Berlin von 1929. Es enthält die Auswertung der Volksbefragung von 1925 und war somit sehr gut geeignet, die soziale Struktur der Patienten der Klinik Wiesengrund mit der Struktur der Gesamtbevölkerung Berlins zu vergleichen.

Einen Eindruck über die baulichen Gegebenheiten bieten die Baupläne der Klinik Wiesengrund aus dem Bauarchiv Reinickendorf, die erstmals eingesehen wurden.

Weitere Informationsgrundlagen waren die Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Wittenauer Heilstätten (ehemals Klinik Dalldorf), Fachbücher, Zeitungsartikel aus der Zeit der Klinikgründung, Dienstblätter der Berliner Verwaltung und ein Straßenverzeichnis von 1927.

Die Erfassung und Auswertung der Daten erfolgte in Microsoft Excel.

Die Betrachtung und Auswertung der einzelnen Daten ist in der heute üblichen Fallauswertung dargestellt.

## 2 Die Nervenlinik Wiesengrund



Abb. 2: Seitenansicht eines der Häuser der Klinik Wiesengrund<sup>17</sup>

Mit der Eröffnung der Männerklinik Wiesengrund begann für die Neurologie und Psychiatrie in Berlin eine neue Form der Behandlung, da durch sie der geschlossene Rahmen der Anstaltspsychiatrie gesprengt und an eine Anstalt für ausschließlich psychiatrische Patienten eine neurologische Klinik angegliedert wurde. In dieser wurden sowohl Patienten mit neurologischen als auch psychiatrischen Krankheitsbildern aufgenommen. Voraussetzung für die Aufnahme war, dass die bestehenden Krankheiten keinen besonders hohen Ausprägungsgrad hatten. Die parallele Behandlung neurologisch und psychisch Kranker gab es bis zu diesem Zeitpunkt in Berlin nur an der Charité, allerdings auch nicht auf einer Station. Die Klinik Wiesengrund war die erste neurologische Klinik, in der sowohl neurologisch sowie psychisch Kranke behandelt wurden. Mit ihrer Gründung wurde die moderne Patientenversorgung ein-

---

<sup>17</sup> LAB A Rep. 003 – 04 – 04, Foto 1c 12.4.30

geleitet, die nicht mehr an die reine Anstaltspsychiatrie gebunden war und mit ihr wurde der Beginn der „sozialen Psychiatrie“ in Berlin eingeleitet.<sup>18</sup>

Um die Bedeutung zu erfassen, die diese neue offene Männerklinik seinerzeit hatte und auch für die heutige Psychiatrie noch hat, soll hier zunächst kurz auf die Entwicklung des psychiatrischen Krankenhauswesens eingegangen werden.

## 2.1 Anstaltspsychiatrie des 19. Jahrhunderts

Im Laufe des 18. und 19. Jahrhunderts waren die Psychiatrie selbst und ihre psychiatrischen Anstalten in Verruf geraten.<sup>19</sup> Ihnen wurde vorgehalten, „schlechte und ungerechtfertigt freiheitsentziehende Behandlung der Kranken“ zu betreiben.<sup>20</sup>

Zu dieser Zeit wurden psychisch kranke Menschen häufig in gemischten Asylen untergebracht, die „noch mit Zuchthäusern verbunden waren“. „Heilbare und unheilbare Geistes- kranke, Epileptische, Gebrechliche vieler Art, verwaiste Kinder und Verbrecher aller Art“ waren in „bunter Durchmischung“ zusammen untergebracht.<sup>21</sup> Um dem negativen Ruf entgegenzuwirken, den die Psychiatrie hatte, entstand das System der „Heil- und Pflegeanstalten“ unter dem Ansatz, man könne psychische Erkrankungen in „heilbar“ und „unheilbar“ einteilen. Der Ansatz der „Heilbarkeit“ basierte allerdings nicht auf „medizinisch wissenschaftlichem Fortschritt“, denn „wirksame Heilmethoden“ waren zu dieser Zeit noch nicht entwickelt worden, sondern waren „Folge der emanzipatorischen Entwicklung“.<sup>22</sup> Der Irren- arzt Christian Roller (1802-1878) setzte die Idee einer „verbundenen Heil- und Pflegeanstalt“ mit davon getrennt laufender Verwaltung um. Problematisch wurde aber schnell, dass es viel mehr Patienten in den Pflege- als in den Heilanstalten gab. Wilhelm Griesinger (1817-1868) entwickelte ein Reformprogramm des Systems der Heil- und Pflegeanstalten. Er verließ die Ebene der „Heilbarkeit und Unheilbarkeit“ und sah Bedarf darin, „Anstalten für kurz dau- ernde[n] und solche für langen Aufenthalt“ zu etablieren. „Die Anstalten für kurz dauernden

---

<sup>18</sup> Beddies, Thomas: Die „Reformpsychiatrie“ der zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts. In: Beddies, Thomas und Hübener, Kristina (Hrsg.): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin-Brandenburg (2003), S. 11

<sup>19</sup> Zeller, Gerhart: Die moderne Psychiatrie beginnt in Wiesengrund. Gedanken über Bratz und das Wittenauer Staffelsystem. In: Machinek, Uwe und Hartisch, Eberhard (Hrsg.): Denkschrift zum 100jährigen Bestehen der Klinik Wiesengrund. Berlin (ca. 1983), S. 56

<sup>20</sup> Zeller, S. 53

<sup>21</sup> Zeller, S. 53

<sup>22</sup> Zeller, S. 54

Aufenthalt“ sollten in „unmittelbarer Nähe von großen Städten oder in diesen als Stadtasyl[e] gestaltet“ sein. Dies könnte sowohl in Universitätskliniken wie auch in allgemeinen Kliniken übernommen werden. Die Heil- und Pflegeanstalten sollten „nur als Anstalt für länger dauernden Aufenthalt“ genutzt werden, allerdings „erweitert und ergänzt durch ein System der freien Verpflegungsform“.<sup>23</sup> Gemeint war „die Unterbringung von arbeitsfähigen Geisteskranken in ländlicher Umgebung mit möglichst breit gestreuter Einsatzmöglichkeit in der Landwirtschaft“. Griesinger selbst hatte dieses System in Schottland kennengelernt. Somit war Griesinger „Vorstreiter einer gemeindenahen Behandlung (Stadtasyle) und ...Kämpfer um mehr Freiheit für Geisteskranke“.<sup>24</sup> Darüber hinaus führte er das „non restraint system“ John Conolly's (1794-1866) ein, der sich eine zwangsfreie Behandlung zur Aufgabe gemacht hatte und der in der Arbeit einen entscheidenden Therapieansatz sah (jedoch nur, wenn diese vom Arzt explizit angeordnet wurde).<sup>25</sup> Griesinger setzte sich allerdings nicht nur für mehr Freiheit der psychiatrischen Patienten ein, sondern forderte auch eine Verbindung der psychiatrischen und neurologischen Disziplin. Dies wurde deutlich, indem er 1864 vor Antritt seines Lehrstuhles in Berlin an der Charité eine Abteilung für Nervenranke einrichten ließ.<sup>26</sup> Die Psychiatrie wurde erweitert durch das Fach Neurologie. Somit wurde aus der reinen „Verwahrpsychiatrie“ der Weg für Forschung und Lehre eröffnet. Dies hatte auch zur Folge, dass viele neurologische Patienten, die zuvor in den inneren Abteilungen behandelt wurden, jetzt der Behandlung der Psychiatrie unterlagen und auch hier stationär aufgenommen wurden.<sup>27</sup> Durch diese Entwicklung konnte die Politik die Kritik der „Irrenrechtsbewegung“ entschärfen, die die Willkür der Anstaltspsychiatrie angeprangert hatte.<sup>28</sup> Allerdings waren die belegbaren Betten auf „Durchgangs- und Beobachtungsstationen“, auf denen „interessante Fälle“ für Forschung und Lehre behandelt wurden, beschränkt. Nur „heilbare“ wurden ausbehandelt, die „unheilbaren“ Patienten wurden in eine der vier Berliner Heil- und Pflegeanstalten verlegt. Griesinger unterschied jedoch nicht mehr zwischen „heilbar und unheilbar“, son-

---

<sup>23</sup> Zeller, S. 57

<sup>24</sup> Zeller, S. 57

<sup>25</sup> Schiffter, S. 68, sowie Schott, Heinz und Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München (2006), S. 247 und 438

<sup>26</sup> Schiffter, S. 68

<sup>27</sup> Hess, Volker und Engstrom, Eric: Neurologie an der Charité zwischen medizinischer und psychiatrischer Klinik. In: Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin(2001), S. 106-108

<sup>28</sup> Hess/Engstrom, S. 108

dern zwischen akut und chronisch Kranken.<sup>29</sup> Mit ihm begann „der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie“.<sup>30</sup>

Neben der Eingliederung der Neurologie in die Psychiatrie wurden ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zahlreiche Heil- und Pflegeanstalten gegründet und häufig mit landwirtschaftlichen Dependenzen ausgestattet, um ein System der „kolonialen Verpflegung“ umzusetzen. Bei diesen „Kolonien“ handelte es sich um „Gutshöfe... in einer gewissen Entfernung von der Hauptanstalt“. So eine Kolonie wurde in „der Irren- und Idiotenanstalt Dalldorf“<sup>31</sup> errichtet und 1886 wurde der Bau zweier „Coloniehäuser“ beantragt; das Genehmigungsverfahren begann im Januar 1887.<sup>32</sup> In „ländlichen Siedlungskolonien sollte der Kranke in meditativer Ruhe und beschaulicher körperlicher Arbeit von seiner Nervosität genesen“.<sup>33</sup>

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts entbrannte erneut eine kontroverse Diskussion um die Psychiatrie. In den USA wurde die „Mental-Health-Bewegung“; „Bewegung der psychischen Hygiene“, von Clifford Wittingham Beers (1876-1943) gegründet. Als Patient hatte er in „Irrenanstalten in Nordamerika“ selbst erfahren, wie die Unterbringung aussah.<sup>34</sup> Es war sein Anliegen, „die Zustände in den Irrenanstalten zu verbessern“. Es sollte „das Problem der Prophylaxe einschließlich der Aufklärung der öffentlichen Meinung über Wesen, Art, Bekämpfung und Verhütung der Geistes- und Nervenkrankheiten in den Mittelpunkt rücken“. Er erhielt Unterstützung namhafter Psychiater seiner Zeit und es entstand der Begriff der „Mentalhygiene“.<sup>35</sup> 1930 fand dann in Deutschland die „erste deutsche Tagung für psychische Hygiene“ statt. Neben der bereits „geschlossenen Fürsorge“, entstand die „offene Fürsorge“, die von der Heil- und Pflegeanstalt oder vom Gesundheitsamt ausging. Das Konzept der offenen Fürsorge war es, geisteskranken Menschen außerhalb von geschlossenen Anstalten zu versorgen. Dabei sollte das Leben des Betroffenen so wenig wie möglich eingeschränkt werden. Dazu gehörte vor allem auch eine Berufstätigkeit, deshalb war eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Behörden, den Wohlfahrtsämtern, Wohnungs- und Arbeitsämtern erforderlich.<sup>36</sup>

---

<sup>29</sup> Schmiedebach, Heinz-Peter: „Irrenanstaltspolitik“ um 1868: Stadttasyl und Anstaltspflege – Wilhelm Griesinger und Heinrich Laehr. In: Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008), S. 190

<sup>30</sup> Schmiedebach, S. 180

<sup>31</sup> Zeller, S. 59

<sup>32</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnr. 238/242 Eichborndamm, Band I

<sup>33</sup> Hess/Engstrom, S. 108-109

<sup>34</sup> Zeller, S. 60

<sup>35</sup> Zeller, S. 61

<sup>36</sup> Beddies, Thomas und Schmiedebach, Heinz-Peter: Die Fürsorge für psychisch Kranke in Berlin in der Zeit der Weimarer Republik. In: Berlin in Geschichte und Gegenwart, Jahrbuch des Landesarchivs Berlin 2000, S. 81

## 2.2 Die Entwicklung der Psychiatrie in Berlin

In Berlin wurde 1880 „die Städtische Irrenanstalt Dalldorf mit zehn Krankenhauspavillions für eine Bausumme von 14 Millionen [Mark] eröffnet“. Es bestand eine Zweiteilung des Komplexes. In der Mitte wurde als trennendes Glied die Verwaltung angesiedelt, um die Stationen für Männer und für Frauen voneinander zu separieren. Das Verwaltungsgebäude „beherbergte Dienstzimmer der Verwaltung, die Krankenhausapotheke, die Kapelle, Festräume und Wohnungen für Assistenzärzte, einen Oberarzt und einen Direktor“.<sup>37</sup> Die Fläche des Grundstückes betrug 66 ha, davon waren 47,35 ha für den Anstaltskomplex konzipiert, der Rest bestand aus einem Gutshof für landwirtschaftliche Bewirtschaftung. Es wurden insgesamt zehn Häuser für die Aufnahme von 1020 Patienten gebaut.<sup>38</sup> 1886 wurde der Bau zweier Koloniehäuser beantragt und es entstand die „Kolonie Wiesengrund“.<sup>39</sup> In der dort angesiedelten Landwirtschaft gab es neben einer Hühnerzucht eine Schweinezucht und Milchkuhe. Ferner wurden in den zwei Häusern „70 Kranke vollkommen frei gehalten“. Ein „Oberwärter“ lebte auf diesem Gelände und ein „Wirtschaftsbeamter“ lebte „auf einem gesonderten Hof“. Im Verlauf der Jahre verfielen die Gebäude; es waren zuletzt „nur noch 50 ruhige Geistesranke[], Schwachsinnige[] und alte[] Trinker“ dort.<sup>40</sup>

Neben Dalldorf existierten in Berlin drei weitere Heil- und Pflegeanstalten. Im Juni 1883 wurde für den östlichen Stadtteil die Heil- und Pflegeanstalt Herzberge für die Aufnahme von 1200 Kranken gegründet. Ende 1883 wurde dann Wuhlgarten für die Aufnahme 1150 epileptisch Kranker eröffnet und 1906 konnten in Buch 1500 Kranke aufgenommen werden.<sup>41</sup> Insgesamt gab es in den vier Heil- und Pflegeanstalten Berlins eine Bettenkapazität von 5000 für die Krankenversorgung.<sup>42</sup> Von allen war Dalldorf die erste Heil- und Pflegeanstalt.

Ärztliche Leiter in Dalldorf bzw. den Wittenauer Heilstätten waren:

- Carl Ideler (1829-1904) von 1880 bis 1885, bis zu seiner Pensionierung<sup>43</sup>
- Wilhelm Sander (1838-1922) von 1885 bis 1914<sup>44</sup>

---

<sup>37</sup> Zeller, S. 62; Damm, Sabine und Emmerich, Norbert: Die Irrenanstalt Dalldorf – Wittenau bis 1933. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik; 1. Auflage, Berlin (1988), S. 16

<sup>38</sup> Damm, Sabine und Emmerich, Norbert: Die Irrenanstalt Dalldorf – Wittenau bis 1933. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik; 1. Auflage, Berlin (1988), S. 16-18

<sup>39</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv; Vorgänge Baudenkmal Band I; Beg. 1887; 1758, Eichborndamm 238/240

<sup>40</sup> Zeller, S. 62

<sup>41</sup> Damm/Emmerich, S. 28

<sup>42</sup> Beddies, Thomas: Karl Bonhoeffer und die Nervenklinik der Charité. In: Moskopp, Dag und Jäckel, Dorothea (Hrsg.): Karl Bonhoeffer, ein Nervenarzt. Vorträge zum 60. Todestag. Berlin (2009), S. 44-46

<sup>43</sup> Totgeschwiegen, S. 18

- Friedrich Wilhelm Kortum (1856-1926) von 1914 bis 1923<sup>45</sup>
- Emil Bratz (1868-1934) von 1923 bis 1933<sup>46</sup>
- Gustav Adolf Waetzoldt (1890-1945) von 1933 bis 1945<sup>47</sup>

Emil Bratz, ab 1923 Leiter der Klinik Dalldorf, „vereinigte“ die Idee Wilhelm Griesingers durch die Kombination von Neurologie und Psychiatrie und die der „Mental-Health-Bewegung“, indem er der Anstalt eine neurologische Klinik angliederte und die Psychiatrie gemeindenaher gestaltete. Bereits Griesinger hatte als Alternative zur geschlossenen stationären Behandlung „die freieren extramuralen Versorgungsformen wie agricole Colonie und familiäre Verpflegung, die er in Gheel bzw. Devonshire kennen gelernt hatte“ gesehen.<sup>48</sup> Bratz begann, Patienten, die nicht mehr auf die Anstaltsversorgung angewiesen waren, schrittweise aus dieser zu entlassen und in ein soziales, eigenständiges Leben zu integrieren. Dieses System nannte Bratz „Staffelsystem“ und unterteilte es in „fünf Hauptstaffeln“:

1. Grund- oder Hauptstaffel
  - Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf
2. Zweite Staffel
  - Städtisches Erziehungsheim
  - **Nervenklinik für Männer „Wiesengrund“**
  - Abstinenzsanatorium
3. Dritte Staffel
  - ärztlich beaufsichtigte Familienpflege
4. Vierte Staffel
  - offene und nachgehende Fürsorge
  - ambulante Sprechstunden/Hausbesuche
  - Nachberatung für Paralytiker
  - Entlassungsfürsorge

---

<sup>44</sup> Totgeschwiegen, S. 22

<sup>45</sup> Totgeschwiegen, S. 32

<sup>46</sup> Totgeschwiegen, S. 41

<sup>47</sup> Totgeschwiegen, S. 79

<sup>48</sup> Schott/Tölle, S. 76

## 5. Fünfte Staffel

- „Tätigkeit des Psychiaters im Leben des Volkes“ im Sinne von Vorsorge, Rassenhygiene und ähnliches<sup>49</sup>



Abb. 3: Bild des Staffelsystems der Wittenauer Heilstätten<sup>50</sup>

Auf einen wichtigen Teil der zweiten Staffel, die Nervenlinik Wiesengrund, soll im Folgenden speziell eingegangen werden.

### 2.3 Eröffnung der Klinik Wiesengrund (Historischer Hintergrund)

Bereits 1920 forderte Emil Bratz, damals noch Oberarzt in Dalldorf, eine „offene Nervenabteilung zur Behandlung nervöser, nicht geisteskranker Personen“ an die Irrenanstalt anzuglie-

<sup>49</sup> Übernommen aus: Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum (1999), S. 66

<sup>50</sup> LAB A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 3, 02 Staffelsystem

dern.<sup>51</sup> Dies biete eine preiswerte Behandlungsmöglichkeit, ferner diene es der Ausbildung der Ärzteschaft. Vor allem aber nehme man ein Stigma von den Patienten, da durch den Aufenthalt in einer „Nervenabteilung“ von der sozialen Umwelt keine Rückschlüsse auf die Erkrankung gezogen werden könnten. Erst Mitte 1924 wurde diese Idee von der Gesundheitsverwaltung aufgegriffen. Gustav-Adolf Waetzoldt, der später selbst Direktor der Wittenauer Heilstätten werden sollte, sah die Notwendigkeit einer „offenen Abteilung für Nervenranke“.<sup>52</sup>

Die neurologischen Abteilungen Berliner Krankenhäuser versorgten im Wesentlichen nur körperliche Erkrankungen. „Versagten diese Abteilungen therapeutisch, wie das bei dem Krankenhausmilieu und dem völligen Mangel an Ablenkung und Beschäftigungsmöglichkeiten gerade bei Neurosen und Psychopathien eigentlich selbstverständlich war, so schickte man diese Lebensschwächlinge und konstitutionell nervös Labilen entweder einfach in ihre alte Umgebung zurück, oder aber man verfiel... auf den Ausweg, sie einer großen Irrenanstalt zuzuweisen.“<sup>53</sup> Zwar wurde letzterer Weg als besser erachtet, aber durchaus als „entfernt vom Ideal“ gesehen. Zuvor waren solche Patienten in eine Heilstätte für minderbemittelte Nervöse, Haus Schönow, geschickt worden. Diese lag weit außerhalb Berlins und wurde 1922 geschlossen. Mit ihrer Schließung entstand eine Versorgungslücke, der mit der Eröffnung der Nervenlinik Wiesengrund entgegengesteuert werden sollte.<sup>54</sup>

Es lag der Bedarf vor, Psychopathen und leichter neurologisch Kranke, die nicht in eine Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden mussten, aufnehmen zu können, und diese gegebenenfalls auch für diverse Kostenträger begutachten zu lassen. Da zu diesem Krankheitsspektrum vornehmlich Männer zählten, bot sich die Gründung einer Männerklinik an. Mit Dalldorf bot sich ein günstiger Standort, weil die dort bereits vorhandenen Koloniehäuser nur spärlich belegt waren und sich in gewisser räumlicher Distanz zur Hauptanstalt befanden.<sup>55</sup>

Die Koloniehäuser der Wittenauer Heilstätten, in denen zuvor chronisch psychisch Kranke lebten, die nicht mehr anstaltsbedürftig waren, wurden gänzlich frei, da man die Patienten nach dem Staffelsystem in Familienpflege unterbrachte. Die neue räumliche Kapazität nutzte man zur Schaffung einer Klinik für Nervöse, die nicht direkt eine psychiatrische Anstalt dar-

---

<sup>51</sup> Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum (1999), S. 81

<sup>52</sup> Beddies, Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, S. 82

<sup>53</sup> Panse, Friedrich: Eröffnung der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Sechsendachtzigster Band. Berlin und Leipzig (1927), S. 395

<sup>54</sup> LA A Rep. 003 – 03, Nr. 165, S. 1

<sup>55</sup> LA A Rep. 003 – 03, Nr. 165, S. 1

stellte und auch keine akut neurologische Station war.<sup>56</sup> Am 10. Januar 1925 wurden beide Häuser besichtigt und als geeignet empfunden.<sup>57</sup> „Am 30. Januar 1925 beschließt die Deputation für das Gesundheitswesen der Stadt Berlin der Empfehlung des Ausschusses entsprechend die Einrichtung der offenen Abteilung für Neurosen.“<sup>58</sup> Dafür wurde eine Summe von 100.000 Reichsmark (RM) seitens der Stadtverordnetenversammlung freigegeben. Anfangs war ein Tagessatz von Kur- und Verpflegungskosten von 0,80 RM bewilligt worden. Auf Antrag von Bratz wurde dieser dann aber auf 1,48 RM (dem Satz der „körperlichen Krankenhäuser“) angehoben, da für die Patienten eine „kräftige, reichhaltige Kost“ erforderlich gehalten wurde.<sup>59</sup> Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist, dass die Tagessatzkosten im Verlauf um eine Reichsmark über der für die Wittenauer Heilstätten lagen. Im Haushaltsplan der Stadt Berlin von 1933 war ein Tagessatz von fünf Reichsmark für die Wittenauer Heilstätten angegeben und für die Nervenlinik Wiesengrund ein Tagessatz von sechs Reichsmark.<sup>60</sup>

„Am 23. Oktober 1926 wurde die Nervenlinik Wiesengrund eröffnet und steht seitdem zur Aufnahme von männlichen Patienten zur Verfügung.“<sup>61</sup>

Bei der Gestaltung der Einrichtung achtete man darauf, dass nicht der Eindruck eines Krankenhauses entstand. „Die Inneneinrichtung der jetzigen Nervenlinik Wiesengrund in Ausstattung, Farben und Raumgestaltung ist im steten Zusammenwirken der Anstaltsleitung mit dem feinsinnigen Oberbaurat Hellwig hergestellt. Die Schlaf- und Aufenthaltsräume für die Kranken sind farbenfroh und wohnlich, jede krankenhaushmäßige Kühle, jeder Hinweis auf die Krankheit ist gemieden.“<sup>62</sup> Nicht nur die Beschreibung der Raumgestaltung sondern auch die Gliederung der Zimmer der beiden Koloniehäuser wies darauf hin, dass eine heimische Atmosphäre geschaffen werden sollte.

---

<sup>56</sup> Panse; Eröffnung Wiesengrund, S. 396

<sup>57</sup> LA A Rep. 003 – 03, Nr. 165, S. 6

<sup>58</sup> LA A Rep. 003 – 03, Nr. 165, S. 7

<sup>59</sup> Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum(1999), S. 84

<sup>60</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1483; Haushaltsplan der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1933, S. 266

<sup>61</sup> Panse, Friedrich: Eröffnung der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Sechsendachtzigster Band. Berlin und Leipzig (1927), S. 395

<sup>62</sup> Panse, Eröffnung Wiesengrund, S. 396

NEUROLOGENABTEILUNG  
BAULICHE VERÄNDERUNGEN IN DEN KOLONIEGEBÄUDEN A u. B  
DER IRRENANSTALT IN DALLDORF

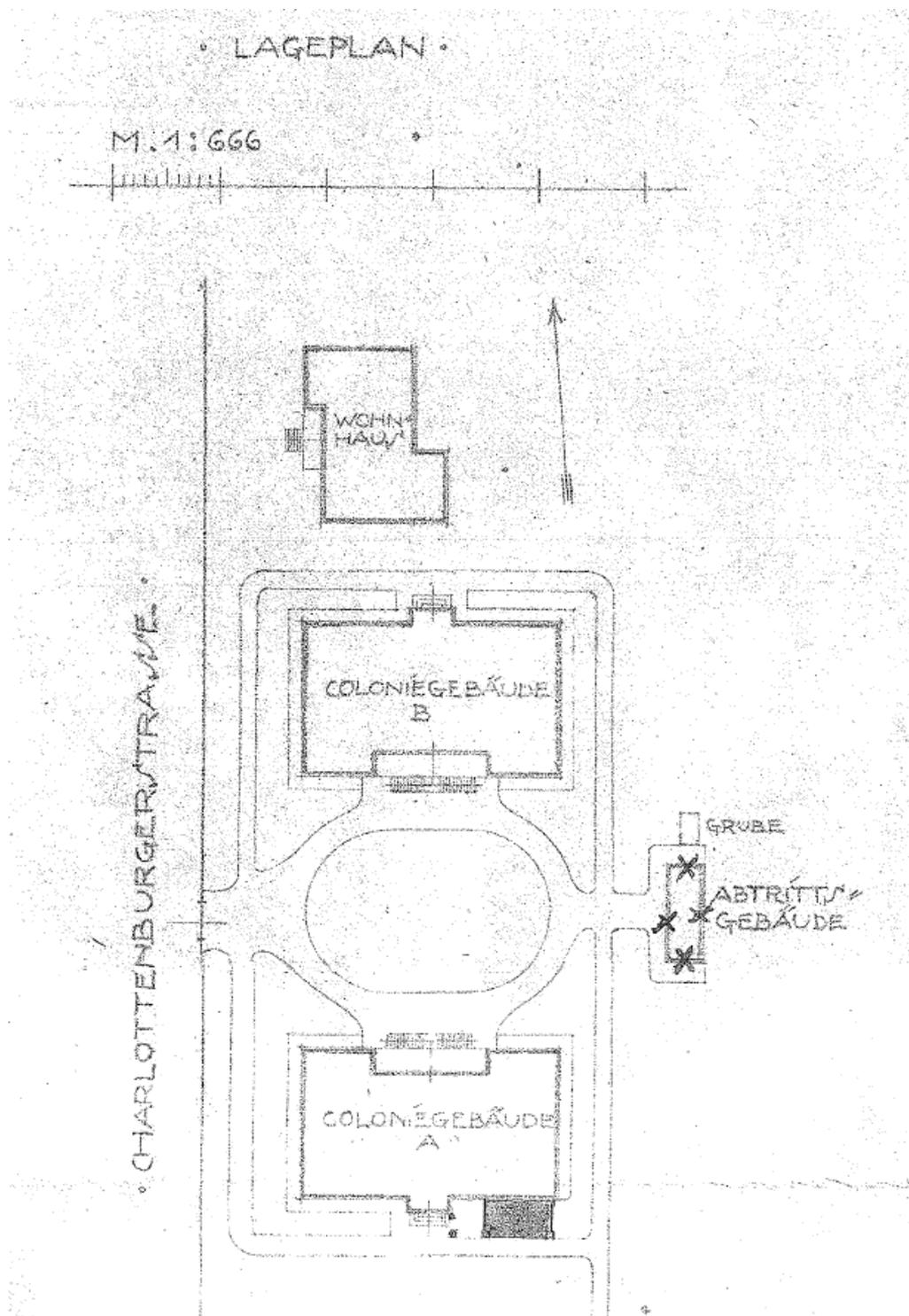


Abb. 4: Lageplan der beiden Häuser der Klinik Wiesengrund<sup>63</sup>

<sup>63</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

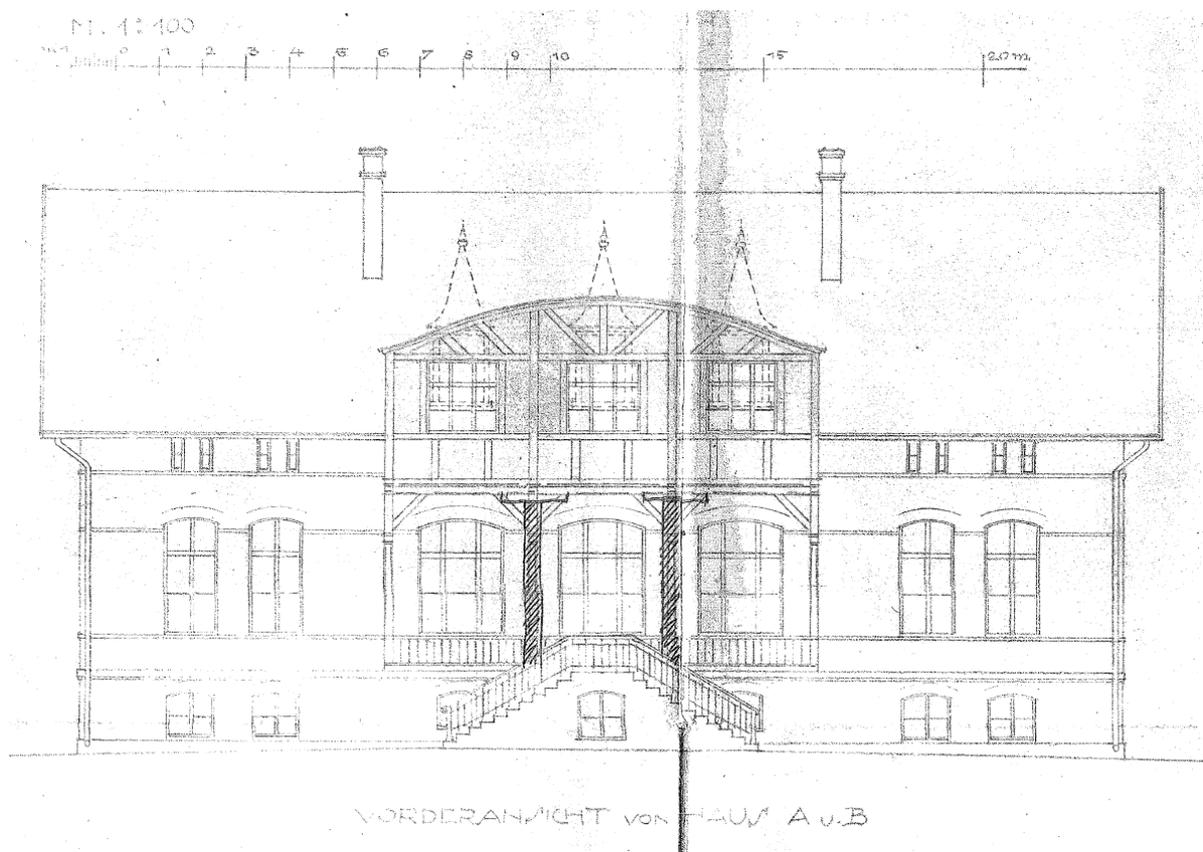


Abb. 5: Vorderansicht Haus A und B<sup>64</sup>

<sup>64</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III  
23

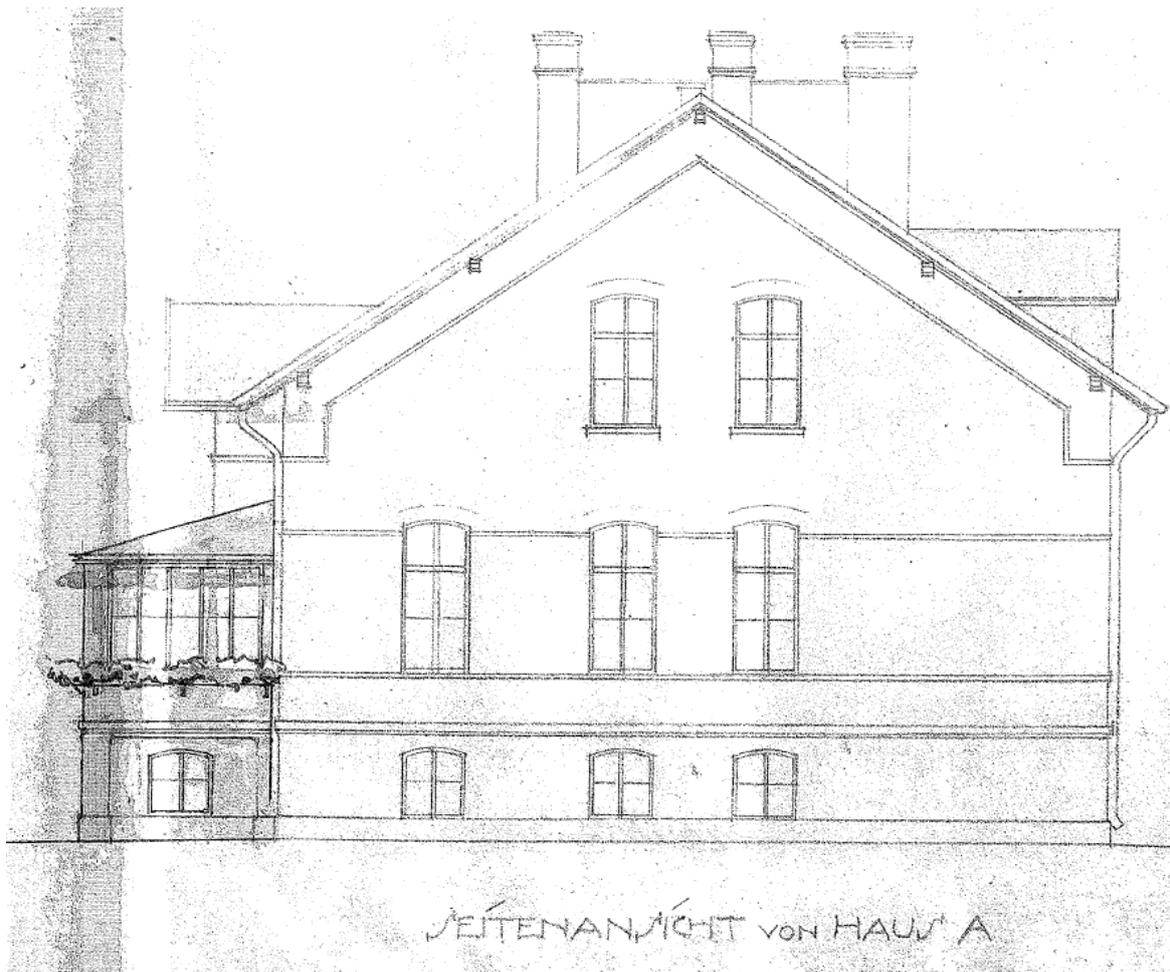


Abb. 6: Seitenansicht Haus A<sup>65</sup>

<sup>65</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

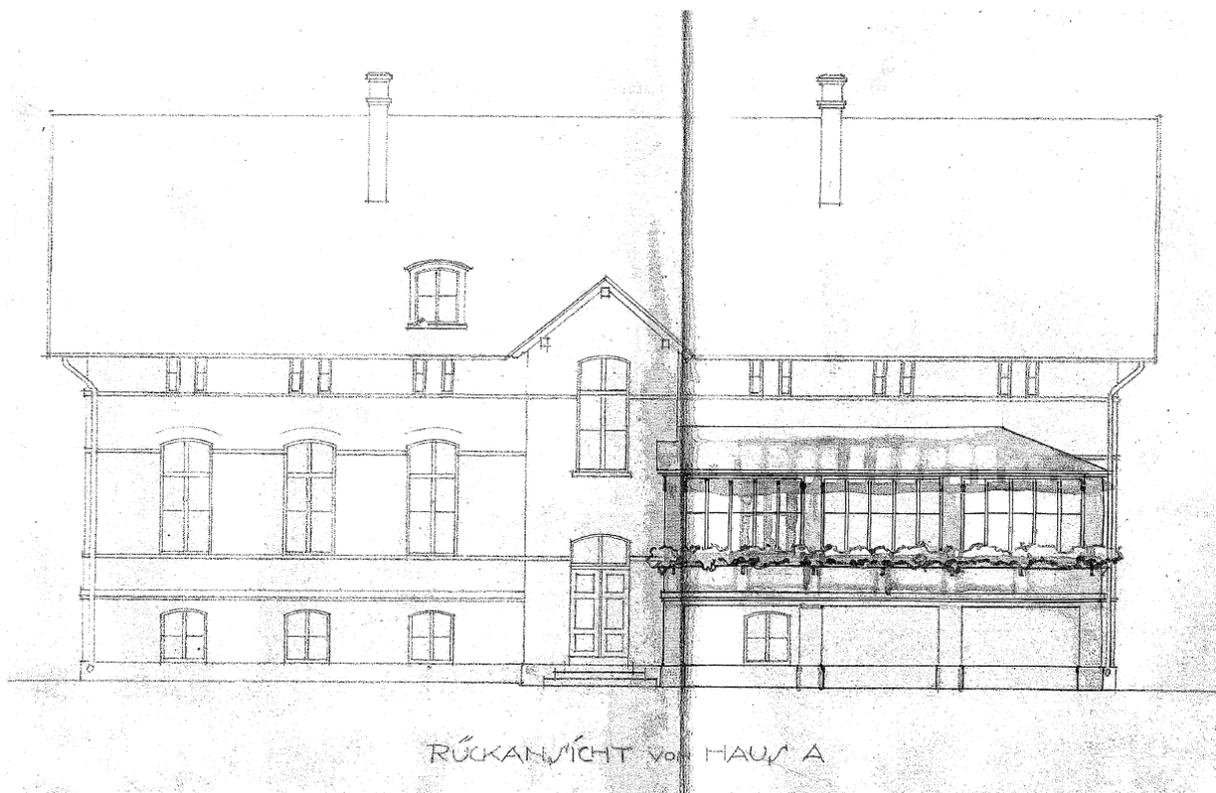


Abb. 7: Rückansicht Haus A<sup>66</sup>

<sup>66</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III  
25

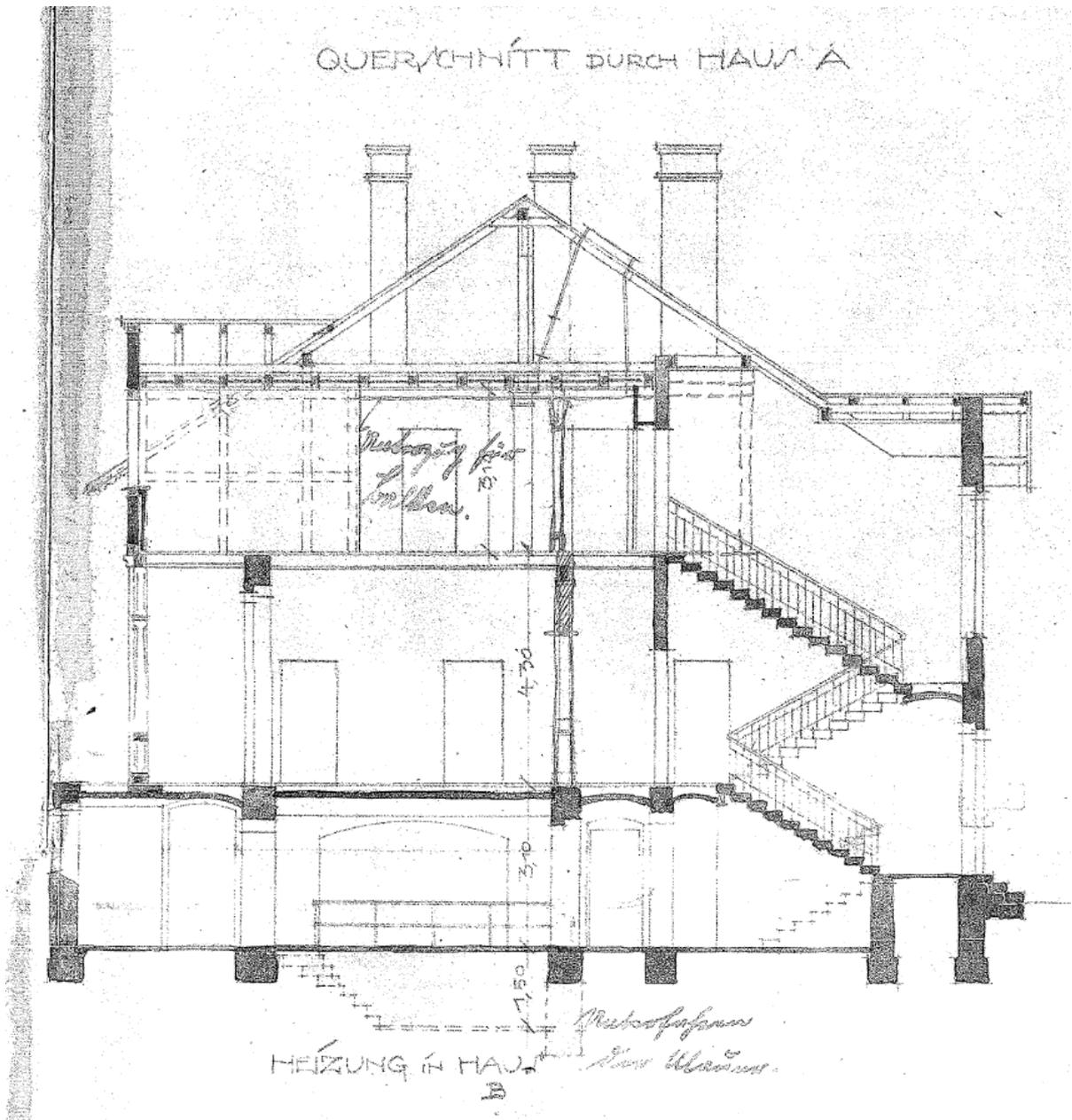


Abb. 8: Querschnitt Haus A<sup>67</sup>

<sup>67</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

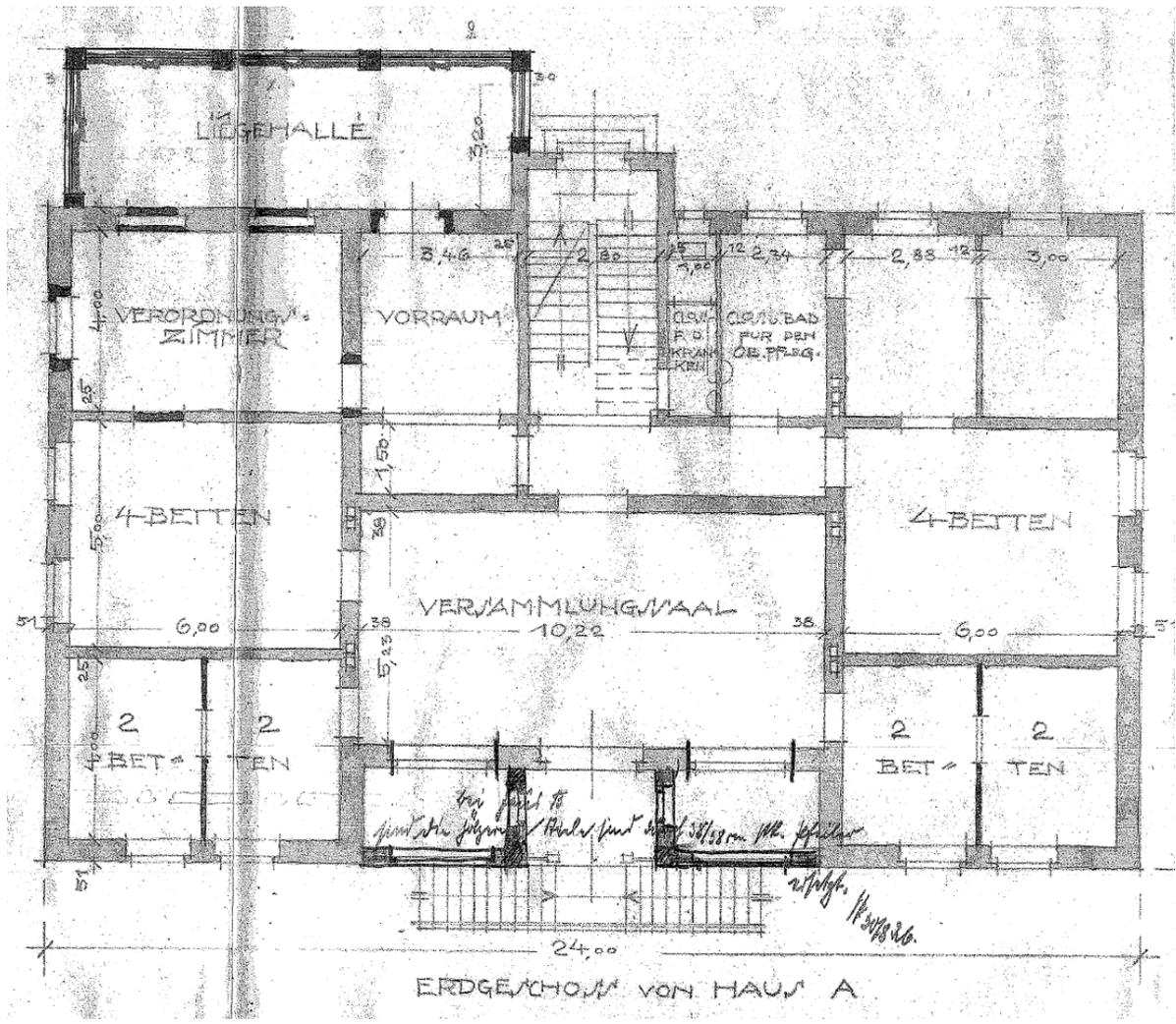


Abb. 9: Grundriss Erdgeschoss Haus A<sup>68</sup>

<sup>68</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III  
27

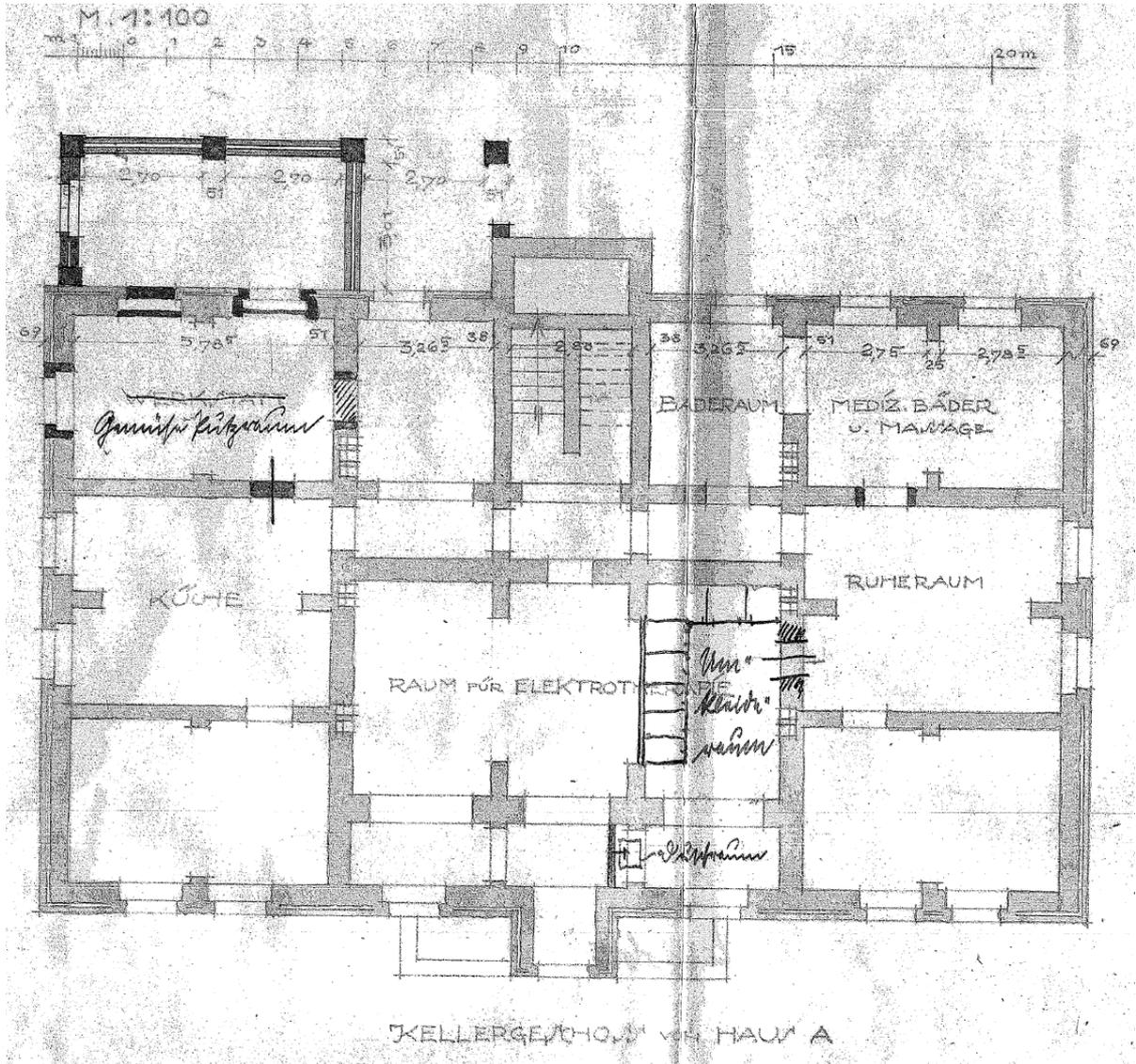


Abb. 10: Grundriss Kellergeschoss Haus A<sup>69</sup>

<sup>69</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III



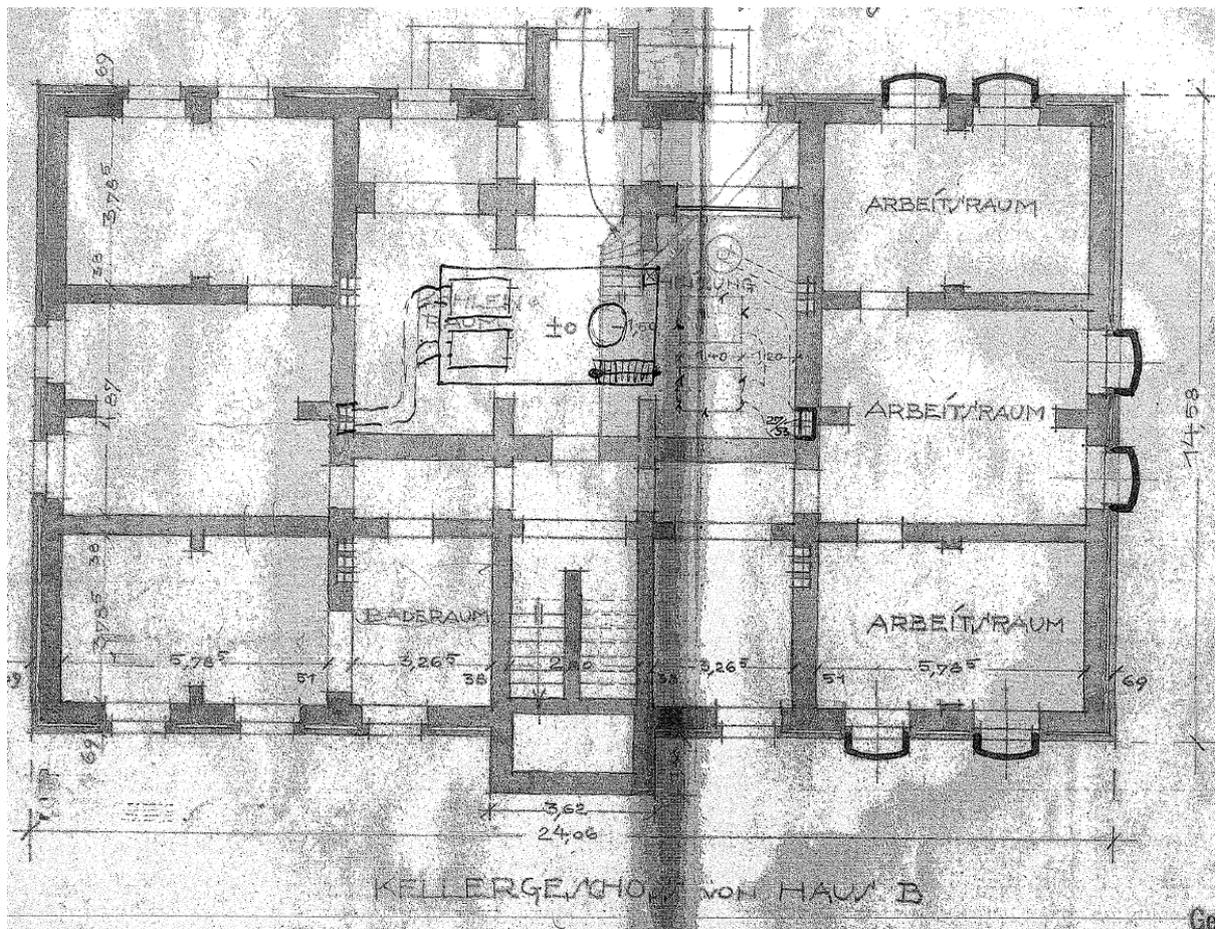


Abb. 12: Grundriss Kellergeschoss Haus B<sup>71</sup>

<sup>71</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

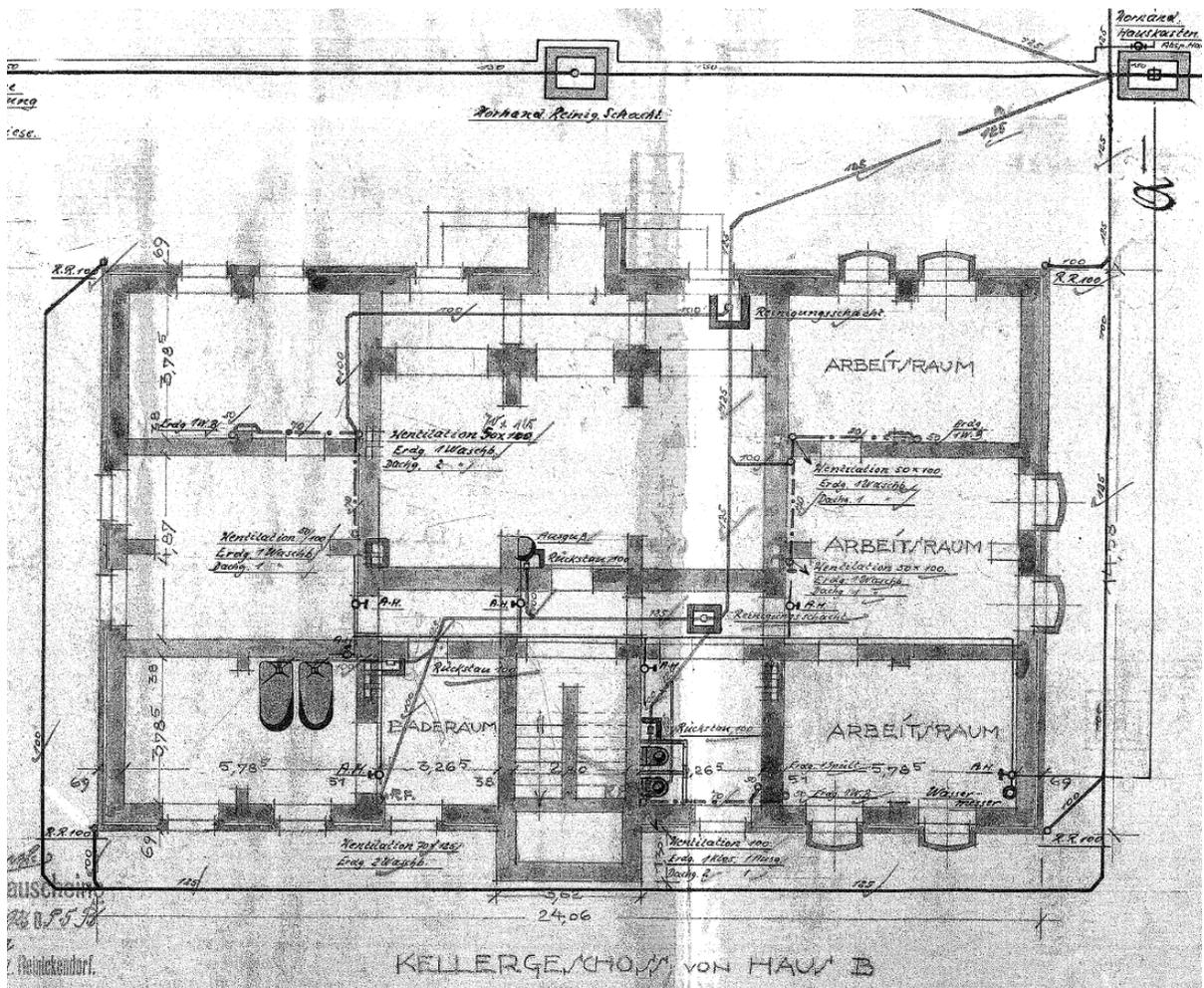


Abb. 13: Grundriss Kellergeschoss Haus B mit Markierung der Funktionsräume<sup>72</sup>

<sup>72</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

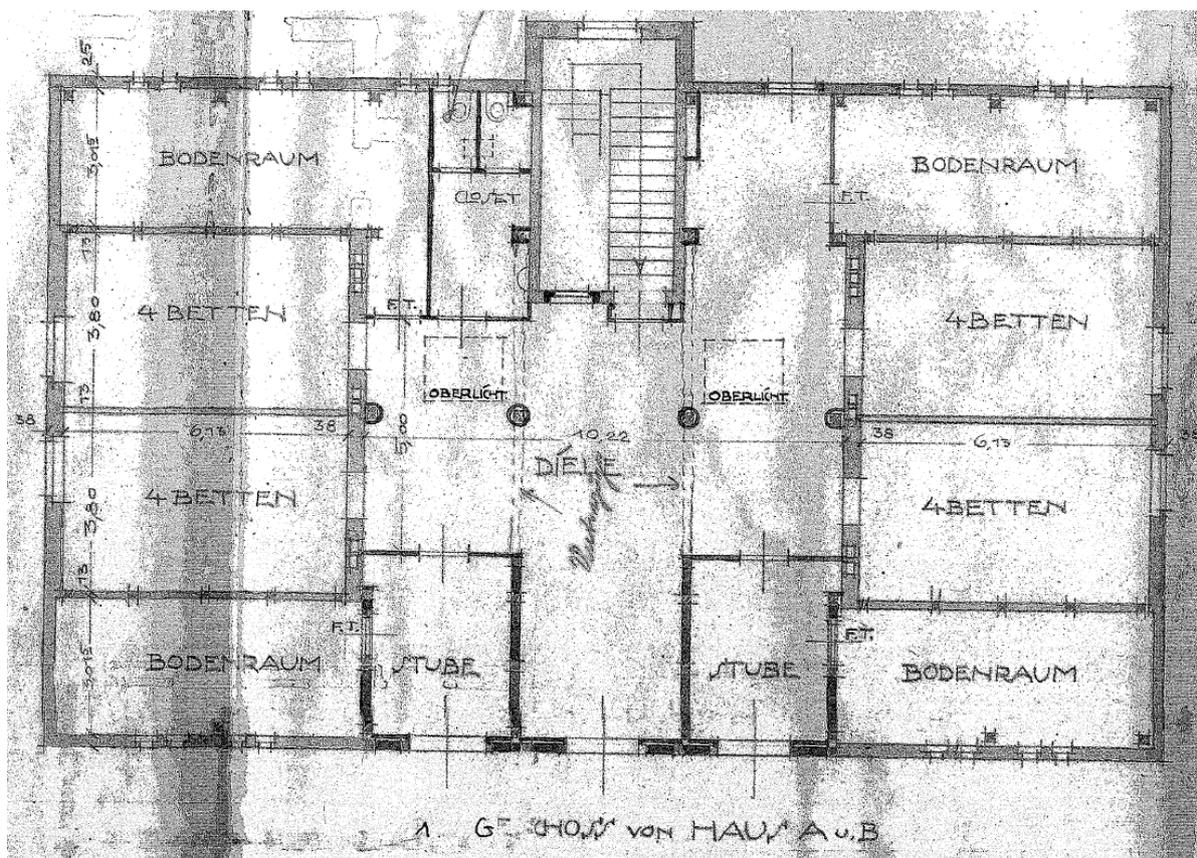


Abb. 14: Grundriss Obergeschoss Haus A und B<sup>73</sup>

<sup>73</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

Insgesamt gab es bei der Klinikeröffnung 60 Planbetten, in jedem Haus gab es zusätzliche Notbetten. In den Haushaltsplänen der Stadt Berlin wurde die Bettenkapazität angegeben mit 60, maximal 64, also insgesamt vier möglichen Notbetten.<sup>74</sup> Diese Planbetten waren auf zwei Häuser verteilt, Koloniehäuser A und B. Beide lagen nebeneinander und waren in unmittelbarer räumlicher Nähe zum Gutshof. Es gab je einen Keller, ein Erdgeschoss und ein Dachgeschoss, wobei anders als in der räumlichen Aufteilung 1886 nicht ausschließlich Vier-Bett-Zimmer sondern mehrfach auch Zwei-Bett-Zimmer und einzelne Stuben im Rahmen des Umbaus geschaffen wurden.

Im Erdgeschoss von Haus A fand sich eine geräumige Liegehalle, ein Verordnungszimmer mit daran angegliedertem Vorraum, zwei Vier-Bett-Zimmer, vier Zwei-Bett-Zimmer, ein großer Versammlungssaal im Zentrum des Gebäudes und zwei Aufenthaltsräume für das Pflegepersonal. Im Keller von Haus A befanden sich die Versorgungs- und Therapieräume, ein Gemüseputzraum, die Küche, ein Raum für Elektrotherapie, ein Umkleidezimmer, ein Ruhe-  
raum, sowie ein Raum für medizinische Bäder und Massagen nebst sanitären Anlagen.

Im Keller von Haus B befanden sich vor allem Arbeitsräume und Sanitäreinrichtungen. Die Obergeschosse beider Häuser waren identisch konzipiert. Es gab vier Vier-Bett-Zimmer, vier Bodenräume und zwei Stuben.<sup>75</sup>

Im Haus A war eine Liegehalle nebst einem Vorraum vor dem eigentlichen Verordnungszimmer konzipiert, in dem nach allem Anschein die Aufnahme- und Folgeuntersuchungen stattfanden. Ob ein solches parallel in Haus B existierte oder alle Aufnahmeuntersuchungen ausschließlich in Haus A stattfanden, kann nicht geklärt werden, da keinerlei Baupläne des Erdgeschosses von Haus B vorlagen und nur bzgl. des ersten OG auf die identische Bauweise der Häuser hingewiesen wurde. Im Erdgeschoss waren die Patienten und Versorgungszimmer wie Versammlungssaal und Arztzimmer vorhanden, im Keller fanden sich die Küche und die diversen Therapieräume. Aus den alten Bauunterlagen der ursprünglichen Koloniehäuser war ersichtlich, dass mit den Umbaumaßnahmen vor allem Sanitäreinrichtungen Bestandteil der renovierten Häuser wurden. Es entstanden „äußerlich ansehnliche Häuser mit zweckmäßiger Raumgestaltung für Kranke, Ärzte, Verwaltung und Personal.“<sup>76</sup> Ein außerhalb der Häuser liegendes Toilettenhaus wurde in diesem Zusammenhang abgerissen. Es wurde auch eine Sammelheizung und Warmwasserversorgung eingebaut nebst Anlage eines zentralen Kran-

---

<sup>74</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1476; Haushaltsplan der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1927, S. 139

<sup>75</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758, Hausnr. 238/242 Eichborndamm Band III; Bauplan 29. September 1925

<sup>76</sup> Baar, NN.: Die Wirtschaftlichkeit der „Nervenklinik Wiesengrund“ in einem Rechnungsjahr. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf. Sonderdruck aus: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92. Berlin (1929), S. 126

kenhausküchenbetriebes.<sup>77</sup> Nicht zuletzt die sonnige luftige Liegehalle mit Blick auf die Hauptanstalt sollte den Kranken einen angenehmen Aufenthalt bieten.<sup>78</sup>

Neben den einladenden Räumlichkeiten standen auch diverse Therapien zur Verfügung. Die Klinik bot „Luftsprudelbad, medikamentöse und elektrische Bäder, Faradisation, Galvanisation, Vibrations- und Handmassagen, Höhensonne, Diathermie und gymnastische Apparate.“ Vor allem aber sollte eine „sehr ausgiebige Gelegenheit zu planmäßiger produktiver Beschäftigung“<sup>79</sup> gegeben werden. Besonders hervorgehoben wird der freundliche Charakter der Klinik in der Festschrift zum 50jährigen Bestehen durch Klinikdirektor Emil Bratz, da die Klinik „mit allen neuzeitlichen Behandlungseinrichtungen, wie Bädern, ..., mit Planschwiese, Punchingball, Turnkursus usw., Beschäftigungsgelegenheiten im Garten, in Landwirtschaft und Werkstätten“ ausgestattet sei.<sup>80</sup> Ferner wurden für die Patienten „Unterhaltungsspiele, Zeitschriften, Tageszeitungen, sowie reichliche sonstige Literatur“ als auch Kopfhörer für Rundfunkempfang vorgehalten.<sup>81</sup>



Abb. 15: Bild eines Patienten bei der Arbeitstherapie in der Werkstatt<sup>82</sup>

<sup>77</sup> Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv, Fach 1758; Hausnr. 238/242, Eichborndamm Band III; Bauplan 28. September 1926

<sup>78</sup> Baar, S. 126

<sup>79</sup> Panse, Eröffnung Wiesengrund, S. 396-397

<sup>80</sup> Bratz, Emil: 50 Jahre Dalldorf. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf. Sonderdruck aus: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92. Berlin (1929), S. 9

<sup>81</sup> Baar, S. 126

<sup>82</sup> LAB A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 3, aus Umschlag 3 Nr. 4512

Da es sich um eine explizit offene Klinik handelte, waren die Aufnahmemöglichkeiten beschränkt. So war die Aufnahme suizidaler, schwer epileptischer und grob psychotischer Patienten nicht möglich. Vorgesehen war die Aufnahme „nervös Labile[r], Neurotiker und Psychopathen aller Art, Paralysen im Anfangsstadium zur Malariabehandlung oder in der Remission zur Nachbehandlung, abgeklungene Schizophrenien und sonstige Psychosen und vor allem organisch Nervenranke in weiterem Umfang“.<sup>83</sup>

Insgesamt wurden 3500 Patienten ab Oktober 1926 aufgenommen und bis zur Schließung der Klinik am 05. Februar 1941 dort behandelt. Dass insgesamt so viele Patienten behandelt worden sind, erschließt sich aus der laufenden Aktennummer, die ab 1934 auf der Krankenakte vermerkt wurde und laufend mit Aufnahmedatum vergeben wurde.

Bis 1936 wurde in den Haushaltsplänen der Stadt Berlin eine Planbettenzahl von 60 mit einer maximalen Belegung von 64 angegeben.<sup>84</sup> Dies änderte sich allerdings im Rechnungsjahr 1936. Im Haushaltsplan desselben Jahres wurde die Bettenkapazität der Nervenlinik Wiesengrund nur noch mit 50 Planbetten angegeben, die maximale Belegungsmöglichkeit bestand jedoch fort.<sup>85</sup> Diese Anzahl der Planbetten blieb bis 1941 bestehen, allerdings wurde ab 1939 eine maximale Belegung von 99 Betten eingeräumt.<sup>86</sup> Im Haushaltsplan für 1941 wurden dann nur noch 40 Planbetten für die Nervenlinik angegeben.<sup>87</sup> Für das Rechnungsjahr 1942 erscheint dann keine Bettenzahl mehr, ohne dass von einer Schließung der Nervenlinik Wiesengrund gesprochen wird. Vielmehr findet sich folgender Eintrag: „Das Erziehungsheim einschl. Nervenlinik für Kinder und die Nervenlinik Wiesengrund sind mit dem 1.7.1941 abgezweigt worden. Sie werden als selbständiges Krankenhaus mit der Bezeichnung, ‚Städtische Nervenlinik für Kinder‘ bei Kap. VIII 2 c nachgewiesen.“<sup>88</sup>

Lediglich in den Krankenakten finden sich Vermerke, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Schließung von Wiesengrund die Patienten in die Hauptanstalt verlegt, oder nach Hause entlassen wurden. Allerdings konnte weder in den damaligen Amtsblättern noch in den Verfügungen anderer städtischer Häuser ein Hinweis darauf gefunden werden, durch wen und warum die Schließung der Männerlinik Wiesengrund initiiert wurde. Allein im Dienstblatt

---

<sup>83</sup> Panse, Eröffnung Wiesengrund, S. 397

<sup>84</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1476, -Nr. 1483, -Nr. 1500

<sup>85</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1503; Haushaltsplan der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1936, S. 305

<sup>86</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1518, Haushaltsplan des Bezirks Reinickendorf der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1939, S. 115

<sup>87</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1527, Haushaltsplan des Bezirks Reinickendorf der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1941, S. 119

<sup>88</sup> LA A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1530, Haushaltsplan des Bezirks Reinickendorf der Stadt Berlin für das Rechnungsjahr 1942, S. 139

Teil VI Seite 246 war in einem Nebensatz zur Nervenlinik für Kinder erwähnt, dass die Nervenlinik Wiesengrund inzwischen aufgelöst wurde. Ein Grund wird nicht genannt.

Ein möglicher Grund könnte gewesen sein, dass es für die Behandlung nervöser Kranker nicht mehr genügend Kapazitäten gab, da bis auf die Wittenauer Heilstätten alle sonstigen psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten Berlins (Wuhlgarten, Herzberge und Buch) geschlossen worden waren.<sup>89</sup> Darüber hinaus erscheint es möglich, dass die ehemalige Kinderklinik des Geländes der Wittenauer Heilstätten mit Erwachsenen belegt wurde und somit die räumliche Kapazität für die Behandlung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen fehlte. Aufgrund „eklatanten Bettenmangels“ wurde ab 1941 begonnen, Patienten in brandenburgische Kliniken zu verlegen.<sup>90</sup> Ob dies auch mit Patienten der Klinik Wiesengrund geschah, kann nicht beantwortet werden, da weder Aufnahme- noch Entlassungsbücher für diese Klinik vorhanden sind. Die Aufnahmenummern der Jahre 1934 bis 1941 zeigen, dass insgesamt 54 Akten fehlen. Im Jahr 1941 fanden Verlegungen ausschließlich nach Hause oder in die Hauptanstalt statt, wie dies in den Akten dokumentiert ist. Möglich erscheint, dass eine Behandlung unter „Sanatoriumsbedingungen“ nicht mehr realisierbar war, da die Wittenauer Heilstätten zuletzt als einzige Klinik für Berlin übrig geblieben waren, die psychiatrisch Kranke aufnehmen konnte.

---

<sup>89</sup> Dienstblatt des Magistrats von Berlin, 1941, Teil VI, Nr. 3/4.1.1941 und Nr. 174/29.07.1941: Zuletzt wurde die Schließung der Heil- und Pflegeanstalt Buch sowie die der Pflegeanstalt Wuhlgarten verfügt, später dann auch die der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Herzberge, so dass die Wittenauer Heilstätten einzig für die Aufnahme psychisch kranker übrig blieb.

Beddies, Thomas: Karl Bonhoeffer und die Nervenlinik der Charité. In: Moskopp, Dag und Jäckel, Dorothea (Hrsg.): Karl Bonhoeffer, ein Nervenarzt. Vorträge zum 60. Todestag. Berlin (2009), S. 44

<sup>90</sup> Beddies, Thomas: Verlegung von Patienten aus Berliner und Brandenburger Anstalten im Rahmen der „dezentralen Euthanasie“ (1941-1944). In: Beddies, Thomas und Hübener, Kristina (Hrsg.): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin-Brandenburg (2003), S. 207

### 3 Auswertung der Akten

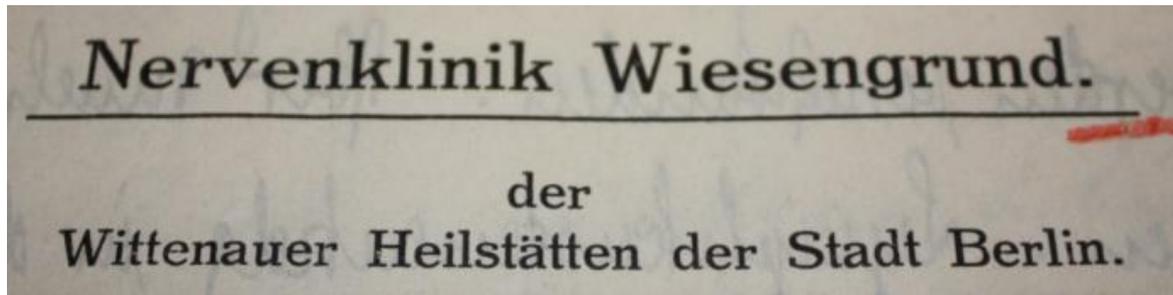


Abb. 16: Aufdruck auf dem Deckblatt der Krankenakten<sup>91</sup>

Von insgesamt 3500 Patientenakten waren noch 3312 Akten im Landesarchiv Berlin vorhanden. Dass es insgesamt so viele gegeben haben muss, ergibt sich aus der fortlaufenden Nummerierung der Akten ab 1934.

Bis Ende 1933 sind die Krankenakten fadengeheftet, bestehen aus Din A 4B Blättern mit Wasserzeichen „Normal 4B, Eigentum Magistrat Berlin“.<sup>92</sup> Eine Akte beinhaltet das Deckblatt, die Verlaufsdocumentation, den Untersuchungsbogen, die Patientenkurven, Laborbefunde, konsiliarärztliche Befunde und selten Röntgenbefunde, sowie einen Briefumschlag mit Verordnungsblättern und ggf. persönlichen Dokumenten.

Ab 1934 bestehen die Krankenakten aus einzelnen DIN A4 Seiten, die in Pappordnern eingeklebt sind. Im Einzelnen beinhalten sie ein rosa Deckblatt, den Untersuchungsbogen, die Verlaufsdocumentation, die Patientenkurven, Verordnungsblätter, Untersuchungsbefunde und ggf. persönliche Dokumente.

In Einzelfällen befanden sich in den Akten von 1926 bis 1941 auch private Korrespondenzen, Gedichte von Patienten, Zeitungsartikel und Fotografien.

Sehr vereinzelt waren auch Pflegedokumentationen zu finden, vornehmlich in Patientenakten mit der Diagnose: „zur Beobachtung“. Diese unterschieden sich zu der ärztlichen Dokumentation darin, dass sie auf separaten DIN A4 Blättern stattfand und mit dokumentenechtem Bleistift geschrieben waren. Die ärztliche Dokumentation fand im Gegensatz dazu fortlaufend mit schwarzer Tinte in der Akte statt. Vor allem ist der Aufnahmebefund teilweise sehr aus-

<sup>91</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 03

<sup>92</sup> Vgl. hierzu z.B. La Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 02

fürhlich dokumentiert worden, so dass man sich ein recht genaues Bild des Patienten machen konnte.

Auf dem Deckblatt aller Akten (Fadengeheftete und Ordner) sind Name, Vorname, Geburtsdatum und Alter, Geburtsort, Beruf, Wohnort, Religionszugehörigkeit, nächste Angehörige, Aufnahmedatum, Entlassungsdatum und Kostenträger („überwiesen von“) dokumentiert. Ferner findet sich eine Zeile für die Diagnose und den Behandlungsplan. Daneben befindet sich ein Feld, in dem Lues, Alkohol, Trauma oder hereditäre Krankheiten extra aufgeführt werden sollten. Selbst bei Patientenakten, in denen eine Lues oder ein Alkoholmissbrauch diagnostisch festgestellt wurde, sind diese Felder nicht oder nur sehr selten ausgefüllt. Auch der Behandlungsplan ist nur sporadisch angegeben. Die meisten Akten haben einen Stempel „Ist der Patient Zwilling?“, was nur in wenigen Fällen dokumentiert ist. Anders als bei den fadengehefteten Akten ist ab 1934 sowohl auf dem Aktendeckel als auch auf dem rosa Deckblatt die Aufnahme­nummer vermerkt.

Im Landesarchiv Berlin sind jeweils mehrere fadengeheftete Akten in einem grauen Klappordner zusammengefasst, und für jeden grauen Ordner wurde eine Registriernummer vergeben. Um die einzelnen Akten genau zuordnen zu können, wurde in der Bearbeitung jeder einzelnen Krankenakte eine Zusatznummer neben der eigentlichen Registriernummer gegeben.

Die Stammdaten der Patienten, wie sie aus dem Deckblatt hervorgehen, wurden für alle noch vorhandenen Krankenakten erhoben, um die Patientenstruktur der Klinik besser beurteilen zu können. 1011 fadengeheftete Akten der Jahre 1926 bis 1933 wurden ausführlich ausgewertet, da ein Schwerpunkt dieser Arbeit die Durchführung der Malariatherapie im Wiesengrund ist. Die Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Klinik macht durch fünf Artikel allein über den Wiesengrund und die Malariatherapie deutlich, dass seit dem Zeitpunkt der Klinikeröffnung die Behandlung der Neurosyphilis eine wichtige Rolle gespielt hat. Ferner kann man mit einer Fallzahl von 1000 eine statistisch repräsentative Aussage treffen.

Die in der Akte vermerkten Stammdaten wurden so erhoben und dokumentiert, wie sie in der Krankengeschichte angegeben waren. Dies machte eine statistische Auswertung fast unmöglich, weil unzählige Einzelnennungen vorlagen. Im Nachgang wurden dann die Daten in Gruppen eingeteilt, um diese einer statistischen Auswertung zugänglich zu machen. So wurde zum Beispiel die Sammeldiagnose Neurosyphilis für alle Patienten genommen, die an einer Spätform der Syphilis litten. Das Alter wurde auch so übernommen, wie es in der Akte angegeben war sowie der Beruf. Aus den Akten ergaben sich keine Hinweise darauf, dass der tatsächlich ausgeübte Beruf abwich von dem im Deckblatt angegebenen, so dass hier auf eine

weitere Differenzierung zwischen Lehrberuf und aktuell ausgeübter Tätigkeit verzichtet wurde. Der Wohnort wurde aus der Akte übernommen ebenso wie zusätzliche Bezeichnungen wie zum Beispiel Bezirks- oder Ortszugehörigkeit. Wenn keine Vermerke im Deckblatt zu finden waren, aus der Anamneseerhebung oder der Verlaufsdokumentation aber Informationen vorlagen, wurden diese dann in die Datei eingegeben. War z. B. kein Entlassungsdatum im Deckblatt, fand sich aber im Verlauf der Abschlussvermerk, dass der Patient ‚mit Datum von...‘ entlassen wurde, dann wurde dieses Datum als Entlassungsdatum in die Datei aufgenommen. Ansonsten wurden fehlende Informationen mit „keine Angaben“ vermerkt oder das entsprechende Feld wurde leer gelassen.

Die Akten wurden insgesamt sehr heterogen geführt. Einige waren sehr ausführlich, in anderen fehlte die Verlaufsdokumentation vollständig.

Schwierigkeiten bei der Auswertung ergaben sich ferner durch sehr schwer, teilweise gar nicht lesbare Handschriften, nur sehr eingeschränkt bis gar nicht dokumentierte Verläufe und fehlende Angaben über den Zustand der Patienten während der Behandlung.

Obwohl die Klinik Wiesengrund administrativ zu den Wittenauer Heilstätten gehörte, wurde bei Verlegungen aus der Hauptanstalt eine neue Akte im Wiesengrund angelegt und bei Verlegungen in die Hauptanstalt verblieb die jeweilige Patientenakte im Wiesengrund.

### **3.1 Sichtung und Auswertung der Akten und Aktennummern**

Beim Vergleich der vorhandenen Akten mit den Aufnahmeummern ergab sich folgendes Bild: Insgesamt fehlten 188 Akten. Da ab 1934 die Aufnahmeummern kontinuierlich nach Aufnahmedatum vergeben und auf dem Aktenordner und dem Deckblatt dokumentiert wurden, können die fehlenden Akten den Zeiträumen zwischen 1926 und 1933 und eindeutig zwischen 1934 und 1941 zugeordnet werden. Die erste Aufnahmeummer 1934 war die 2447.

Dies legt nahe, dass es ein Aufnahmebuch gegeben haben muss und somit bis zum 31. Dezember 1933 2446 Patienten aufgenommen wurden. Die letzte Aufnahmeummer 1941 war die 3500.

Somit fehlen von 1926 bis 1933 134 Akten, ab 1934 fehlen 54 Akten.

Die fehlenden Akten können folgendermaßen zugeordnet werden:

**1926 bis 1933          1 - 2446**

**Vorhandene Akten: 2312    Fehlende Akten 134**

Es gibt insgesamt nur fünf Aktennummern mit Bleistift, eine Zuordnung zum Aufnahmedatum war nicht möglich

**1934                  2447 - 2638**

**Fehlende Akten: 6**                  2462, 2475, 2538, 2542, 2591, 2629

**1935                  2639 - 2823**

**Fehlende Akten: 7**                  2663, 2682, 2696, 2733, 2752, 2791, 2797

**1936                  2824 - 3005**

**Fehlende Akten: 7**                  2841, 2857, 2920, 2934, 2960, 2988, 2997

**1937                  3006 - 3160**

**Fehlende Akten: 8**                  3018, 3026, 3035, 3036, 3071, 3101, 3125, 3155

**1938                  3161 - 3263**

**Fehlende Akten: 6**                  3178, 3197, 3205, 3214, 3256, 3257

**1939                  3264 - 3379**

**Fehlende Akten: 7**                  3312, 3324, 3333, 3345, 3362, 3369, 3371

**1940                  3380 - 3495**

**Fehlende Akten: 13**                  3395, 3400, 3404, 3413, 3422, 3428, 3436, 3458, 3465, 3475, 3476, 3478, 3496

**1941                  3497 - 3500                  Fehlende Akten:    0**

Einige fadengeheftete Akten sind mit blauen Nummern gekennzeichnet. Diese Akten wurden nicht nach Aufnahmedatum nummeriert. Die noch vorhandenen Akten stammen aus den Jahren 1926 bis 1929 (10. Dezember 1926 bis 22. Juli 1929).

Es ergab nur in der Diagnose Neurosyphilis eine Übereinstimmung für alle diese Nummern (nur die **Nr. 3** hat als Diagnose: Präarteriosklerose).

Die **Nr. 14** wurde doppelt vergeben: Aufnahme am 27. Juni 1927 und Aufnahme am 04. November 1927

Einige Beispiele:

Aufnahme am 10. Dezember 1926, blaue Nummer 34 (erstes erfasstes Aufnahmedatum)

Aufnahme am 03. August 1927, blaue Nummer 1

Aufnahme am 26. Januar 1928, blaue **Nummer 3** (s.o.)

Aufnahme am 27. Januar 1928, blaue Nummer 79

Aufnahme am 22. Juli 1929, blaue Nummer 200 (letztes erfasstes Aufnahmedatum)

Es gibt noch **vier Nummern**, die nicht berücksichtigt wurden:

**75/15** (Aufnahme am 07. Juli 1928)    **77** (**durchgestrichen**; Aufnahme am 13. Juli 1928)

**104 a** (Aufnahme am 28. Mai **1931**)    **93** (**mit Bleistift**; Aufnahme am 21. November **1931**)

Zwei stimmen nicht mit der Nummerierung überein und zwei lagen außerhalb des Erfassungszeitraums.

Insgesamt sind 95 mit blauen Nummern gekennzeichnete Akten vorhanden.

**Es fehlen 105 Akten mit blauen Nummern:**

2, 49, 59, 62, 70, 74 - 77, 80, 82, 84, 86 - 89, 95 - 96, 101 - 104, 109 - 113, 115 - 131  
und 138 - 199.

Aus der Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Wittenauer Heilstätten geht hervor, dass in der Klinik Wiesengrund Studien durchgeführt wurden, so dass hier die Vermutung nahe liegt, dass die blau markierten Akten für eine Studie über die Neurosyphilis ausgewählt wurden.<sup>93</sup>

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Akten beim auswertenden Arzt verblieben sind, den Patienten bei der Verlegung mitgegeben wurden oder in den Kriegswirren verloren gingen.

---

<sup>93</sup> Klare, Heinz: Metaluesprobleme unter dem Gesichtswinkel der Fieberbehandlung. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 90-100

#### **4 Ergebnis der Auswertung**

Insgesamt gab es 3500 Aufnahmen. Davon sind noch 3312 Akten im Landesarchiv Berlin vorhanden, das sind 94,6 Prozent. Von diesen wurden 1011 komplett ausgewertet. In den gesamten Berechnungen wurden die 3312 Fälle als 100 Prozent gewertet, da über die fehlenden Akten keine Aussage getroffen werden kann. Somit entsprechen die 1011 vollständig ausgewerteten Akten 30,5 Prozent des noch vorhandenen Bestandes, also etwa ein Drittel. Dies stellt eine durchaus repräsentative Anzahl dar. Alle Daten wurden in einer Datenbank in Microsoft Excel erfasst und mit diesem Programm auch bearbeitet.

Die Stammdaten des Deckblattes wurden für alle noch existierenden Akten aufgenommen und ausgewertet. Im Einzelnen waren dies: Name, Vorname, Geburtsdatum, Beruf, Religion, Wohnort, Aufnahme- und Entlassungsdatum (daraus wurde die Liegedauer errechnet und ausgewertet), Kostenträger (überwiesen von), Diagnose, Familienstand, Aktennummern und blaue Nummer (die handschriftlich auf der Akte vermerkt war). Auch die nächsten Angehörigen waren in der Akte angegeben und wurden in die Datenbank aufgenommen, allerdings war dies für die Auswertung nicht relevant.

Bei 1011 Akten wurden darüber hinaus die Krankheits-, Personen-, Sozial- und Behandlungsdaten aus den Akten erhoben und speziell ausgewertet. Weitestgehend wurden die Daten aus den Akten genau so übernommen, wie sie dokumentiert waren. Bei der Sichtung der ersten 100 Akten fiel auf, dass viele Informationen nicht auf dem Deckblatt vermerkt waren (z.B. im dafür vorgesehen Feld für Luesserologie), sondern sich ausschließlich aus der Verlaufsdokumentation oder den enthaltenen Befunden ergaben. Aus den diversen Einzelinformationen, die sich in unterschiedlichen Akten wiederfanden, entstanden die einzelnen erfassten Unterpunkte. Im Einzelnen waren dies: Kinder, Luesserologie, Alkohol, Trauma, hereditäre Erkrankung, Gutachten für... und den dort gestellten Diagnosen, Einverständnis zur Behandlung, Vorgeschichte, Anzahl der Voraufenthalte und Kliniken, Aufnahmegrund, frühere Krankheiten, Kuraufenthalte, Kriegsteilnahme und Kriegsverletzungen, Rente, Beschwerden, Vorbehandlungen, Körpergröße, Körpergewicht bei Aufnahme, Ernährungszustand, internistischer und neurologischer Aufnahmebefund, psychopathologischer Befund, Wassermannreaktion in Blut und Liquor, Lumbal- bzw. Occipitalpunktion, Therapieplan, Therapien, Nebenwirkungen, Besonderheiten, Verlegung aus bzw. Verlegung nach, Verlaufsbeobachtung und Zustand bei Entlassung, poststationäre Beobachtung und der jeweils behandelnde Arzt. Speziell bei Patienten, die eine Malariatherapie erhielten, wurden zusätzlich erhoben: Menge

des injizierten Malariablutes, Datum der Injektion, Applikationsform, Inkubationszeit, Anzahl der Fieberschübe, Chinin-Behandlung, Bismogenol-Kur, weitere Medikation, Verlaufsbeobachtung.

Für einige erhobene Daten gab es keine statistisch verwertbare Menge. Ferner waren nicht alle Informationen für die Auswertung relevant.

## 4.1 Klinikauslastung

### 4.1.1 Anzahl der Aufnahmen und Entlassungen 1926 bis 1941

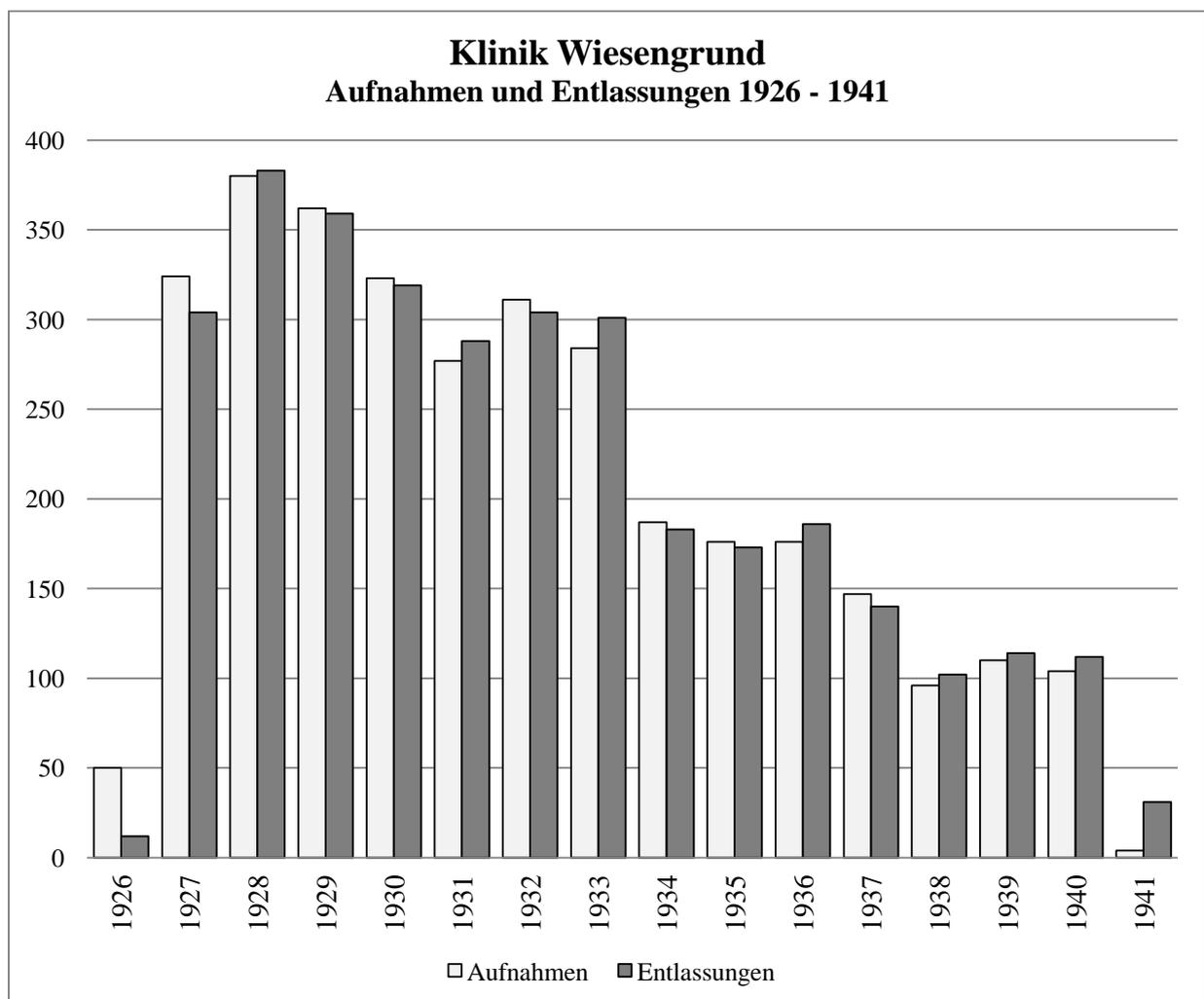


Diagramm 1: Aufnahmen und Entlassungen 1926-1941

Jahr	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
<b>Aufnahmen</b>	50	324	380	362	323	278	311	284
<b>Entlassungen</b>	12	304	383	359	319	289	304	301
davon ohne Angaben		2	2	2			2	1

Jahr	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
<b>Aufnahmen</b>	187	176	176	147	96	110	104	4
<b>Entlassungen</b>	183	173	186	140	102	114	112	31
davon ohne Angaben								

Tabelle 1: Aufnahmen und Entlassungen 1926-1941

#### 4.1.2 Liegetage und prozentuale Klinikauslastung 1926-1941

Bei der Eröffnung im Jahr 1926 verfügte die Klinik über 60 Planbetten. Im Januar 1936 wurden die Planbetten auf 50 reduziert. Eine weitere Reduzierung auf 40 Betten erfolgte kurz vor der Schließung der Männerklinik im Januar 1941.

Bei einer Auslastung von 100 Prozent ergeben sich folgende mögliche Liegetage pro Jahr:

für das Jahr 1926 3900

für die Jahre 1927 bis 1935 jeweils 21900 (in Schaltjahren 21960)

für die Jahre 1936 bis 1940 jeweils 18250 (in Schaltjahren 18300)

für das Jahr 1941 1440.

Insgesamt sind es 293910 mögliche Liegetage bei 100 Prozent Auslastung.

Es gab bis zur Schließung 1941 insgesamt 3500 Aufnahmen. 3312 Akten (94,6 Prozent) sind noch vorhanden, 188 Akten (5,4 Prozent) fehlen.

Anhand der 3312 vorhandenen Akten ergeben sich 269259 Liegetage, das entspricht einer durchschnittlichen Auslastung von 91,6 Prozent. Geht man von der Annahme aus, dass die fehlenden Akten auch 5,4 Prozent der Liegedauer ausmachen, ergibt sich eine durchschnittliche Auslastung von 97 Prozent für die Jahre 1926 bis 1941.

In diversen Veröffentlichungen wurde wiederholt eine Überbelegung der Klinik Wiesengrund beklagt.<sup>94</sup> Die Auswertung der vorhandenen Akten ergibt für die Jahre 1928 und 1930 eine Bettenbelegung von über 100 Prozent. Bis Ende 1933 wurden 2446 Patienten aufgenommen, 2312 Akten (= 94,5 Prozent) sind noch vorhanden. Da 134 Akten (= 5,5 Prozent) bis Ende

<sup>94</sup> Bratz, Emil: 50 Jahre Dalldorf. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf; Sonderdruck aus: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92. Berlin 1929, S. 9

1933 fehlen, kann man von einer Überbelegung der Klinik in den Jahren 1928 bis 1933 ausgehen. In den Jahren 1934 und 1935 konnten nur noch knapp 86 Prozent der Planbetten belegt werden. Nach der Bettenreduzierung stieg im Jahr 1936 die Auslastung wieder auf über 100 Prozent an. 1937 und 1938 war die Auslastung nahe an der Vollbelegung, nahm dann aber kontinuierlich ab. 1941, im Jahr der Schließung, betrug die Auslastung nur noch 61,9 Prozent.

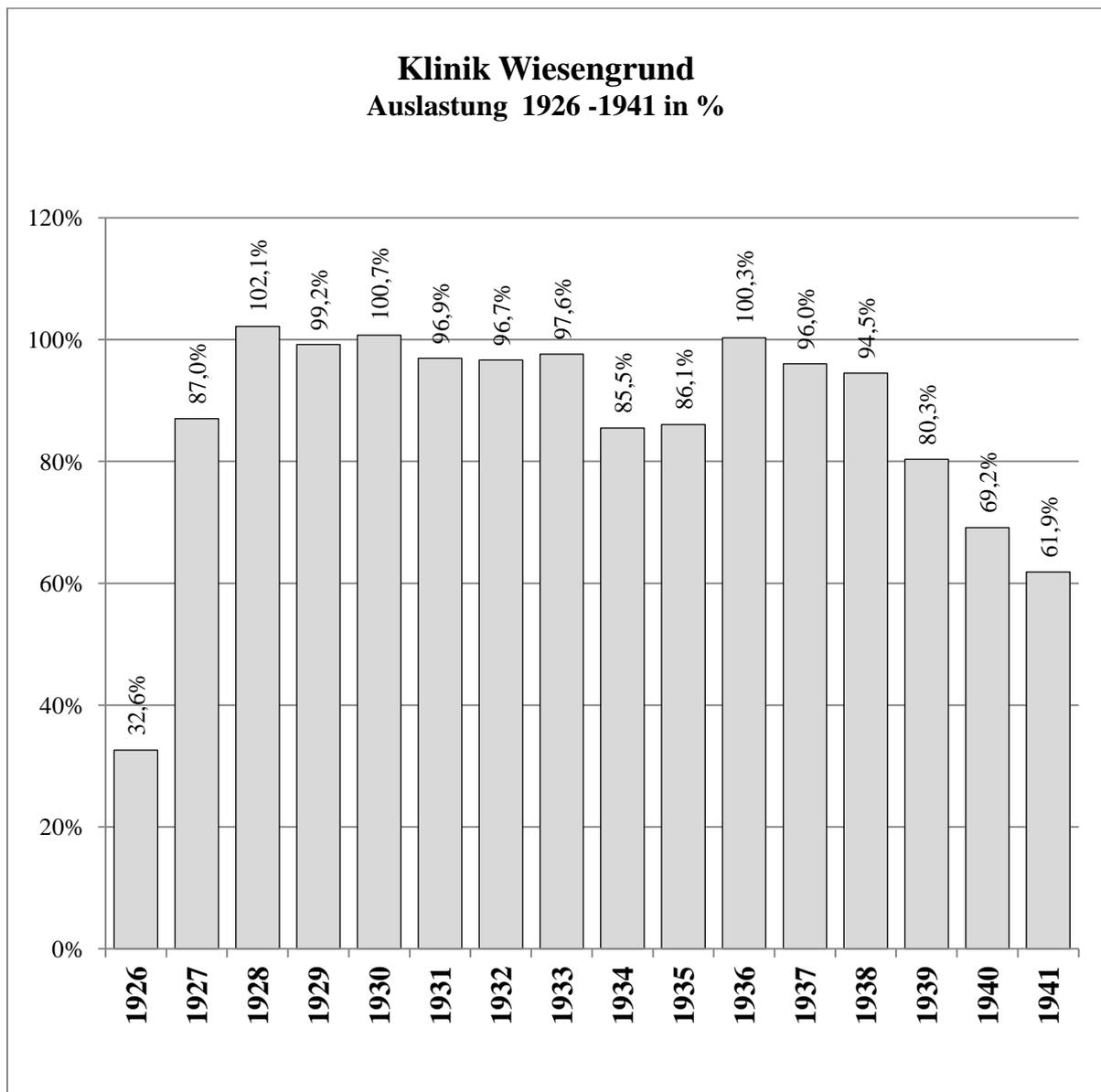


Diagramm 2: Klinikauslastung 1926-1941 mit Liegetagen

Jahr	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
<b>Planbetten</b>	<b>60</b>	60	60	60	60	60	60	60
<b>Liegetage bei 100 % Auslastung</b>	3900	21900	21960	21900	21900	21900	21960	21900
<b>Liegetage</b>	1271	19049	22431	21720	22061	21225	21224	21379
<b>Auslastung in Prozent</b>	32,6%	87,0%	102,1%	99,2%	100,7%	96,9%	96,7%	97,6%

Jahr	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
<b>Planbetten</b>	60	60	<b>50</b>	50	50	50	50	<b>40</b>
<b>Liegetage bei 100 % Auslastung</b>	21900	21900	18300	18250	18250	18250	18300	1440
<b>Liegetage</b>	18723	18847	18349	17524	17246	14663	12656	891
<b>Auslastung in Prozent</b>	85,5%	86,1%	100,3%	96,0%	94,5%	80,3%	69,2%	61,9%

Tabelle 2: Klinikauslastung 1926-1941 mit Liegetagen

## 4.2 Die Patienten

### 4.2.1 Das Krankheitsspektrum der Patienten

Bei der Auswertung der Diagnosen wurden die vorhandenen 3312 Akten mit 100 Prozent bewertet. Fast die Hälfte aller im Wiesengrund behandelten Patienten litt an einer Neurosyphilis, darauf wird in Kapitel sieben, das sich mit der Malariatherapie beschäftigt, gesondert eingegangen. Dies entspricht auch den Angaben aus der Literatur: es wird beschrieben, dass bis 1920 die progressive Paralyse die „häufigste Geisteskrankheit in den Anstalten“ war.<sup>95</sup> Alle anderen Erkrankungen spielten eine eher untergeordnete Rolle, vor allem aber wurde bei der Auswertung deutlich, dass der Schweregrad der vorliegenden Erkrankungen nicht besonders ausgeprägt war, wie es das Klinikkonzept auch vorsah.

Auffällig war weiterhin, dass bis 1934 regelmäßig stationäre Beobachtungen stattfanden, was aber nach 1934 - wenn überhaupt - nur noch vereinzelt vorkam.

Die Tabellen für die einzelnen Jahre sind im Anhang 1 einzusehen.

<sup>95</sup> Totgeschwiegen, S. 40

### Klinik Wiesengrund Prozentualer Anteil der Diagnosen 1926 - 1941

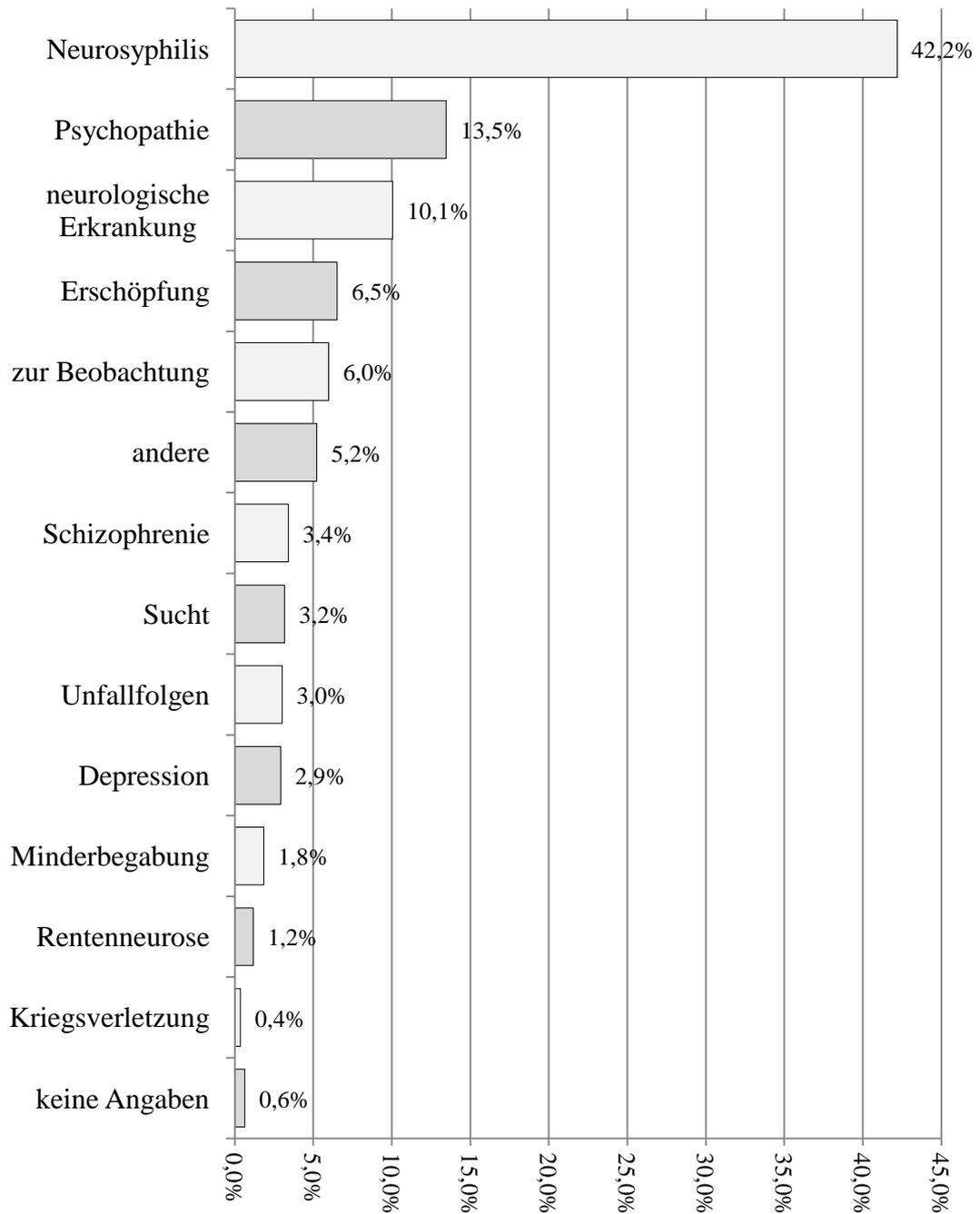


Diagramm 3: Verteilung der Diagnosen 1926-1941

<b>Aufnahmen 1926 - 1941</b>	<b>3312</b>				
<b>Diagnose</b>		<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>max</b>
Neurosyphilis	1397	42,2%	99	1	1034
Psychopathie	446	13,5%	63	2	537
neurologische Erkrankung	334	10,1%	111	2	1015
Erschöpfung	216	6,5%	59	3	391
zur Beobachtung	198	6,0%	15	1	172
andere	173	5,2%	66	1	413
Schizophrenie	113	3,4%	76	2	424
Sucht	105	3,2%	93	2	515
Unfallfolgen	100	3,0%	60	4	311
Depression	97	2,9%	82	1	286
Minderbegabung	61	1,8%	71	6	334
Rentenneurose	39	1,2%	50	4	240
Kriegsverletzung	12	0,4%	64	6	140
keine Angaben	21	0,6%	13	1	71

Tabelle 3: Verteilung der Diagnosen 1926-1941

#### 4.2.2 Durchschnittliches Lebensalter der Patienten bei der Aufnahme

In der Zeit von 1926 bis 1941 betrug das durchschnittliche Lebensalter der Patienten 42 Jahre.

Ab 1934 stieg das Durchschnittsalter der Patienten kontinuierlich an.

	1926	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
durchschn. LA 1926 - 1941	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
durchschn. Lebensalter bei Aufnahme	42	39	41	40	41	42	41	42	43	44	45	46	45	47	49	46
Jüngster	21	15	18	15	16	17	15	17	17	18	25	25	23	20	16	42
Ältester	66	65	72	68	68	70	68	72	68	69	74	68	69	71	80	48

Tabelle 4: Durchschnittsalter der Patienten 1926-1941

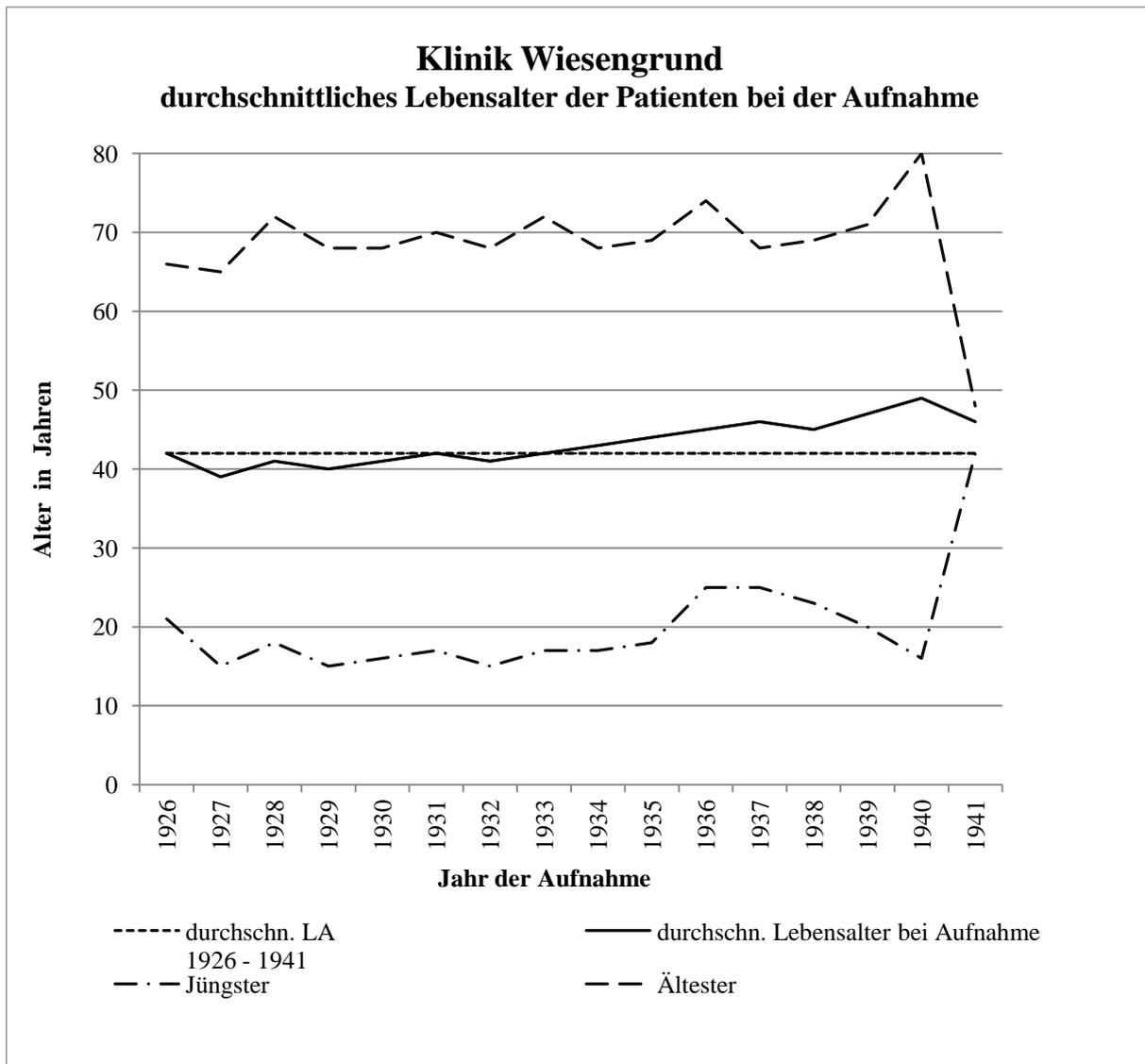


Diagramm 4: Durchschnittsalter der Patienten 1926-1941

### 4.2.3 Aufnahmen nach Wohnort

1920 wurden die Bezirke der Stadt Berlin neu geordnet. Es wurden Vororte der Stadt eingemeindet. Der NACHWEISER FÜR BERLIN (GROSS BERLIN) aus dem Jahr 1929 diente als Nachschlagewerk für die Zuordnung. Im Anhang 2 ist die Abschrift der Bezirke mit ihren Ortsteilen aufgeführt.

Die Auswertung der 3312 Akten ergab, dass 3124 Patienten (94,3 Prozent) in Berlin wohnten. In Brandenburg wohnten 120 Patienten (3,6 Prozent).

Aus dem übrigen Reichsgebiet kamen 31 Patienten (0,9 Prozent), davon liegen 4 Orte im heutigen Polen.

In 37 Akten (1,1 Prozent) gab es keine Angaben zum Wohnort.

Die Patienten, die wohnungslos waren, wurden Berlin ohne Zuordnung zugerechnet.

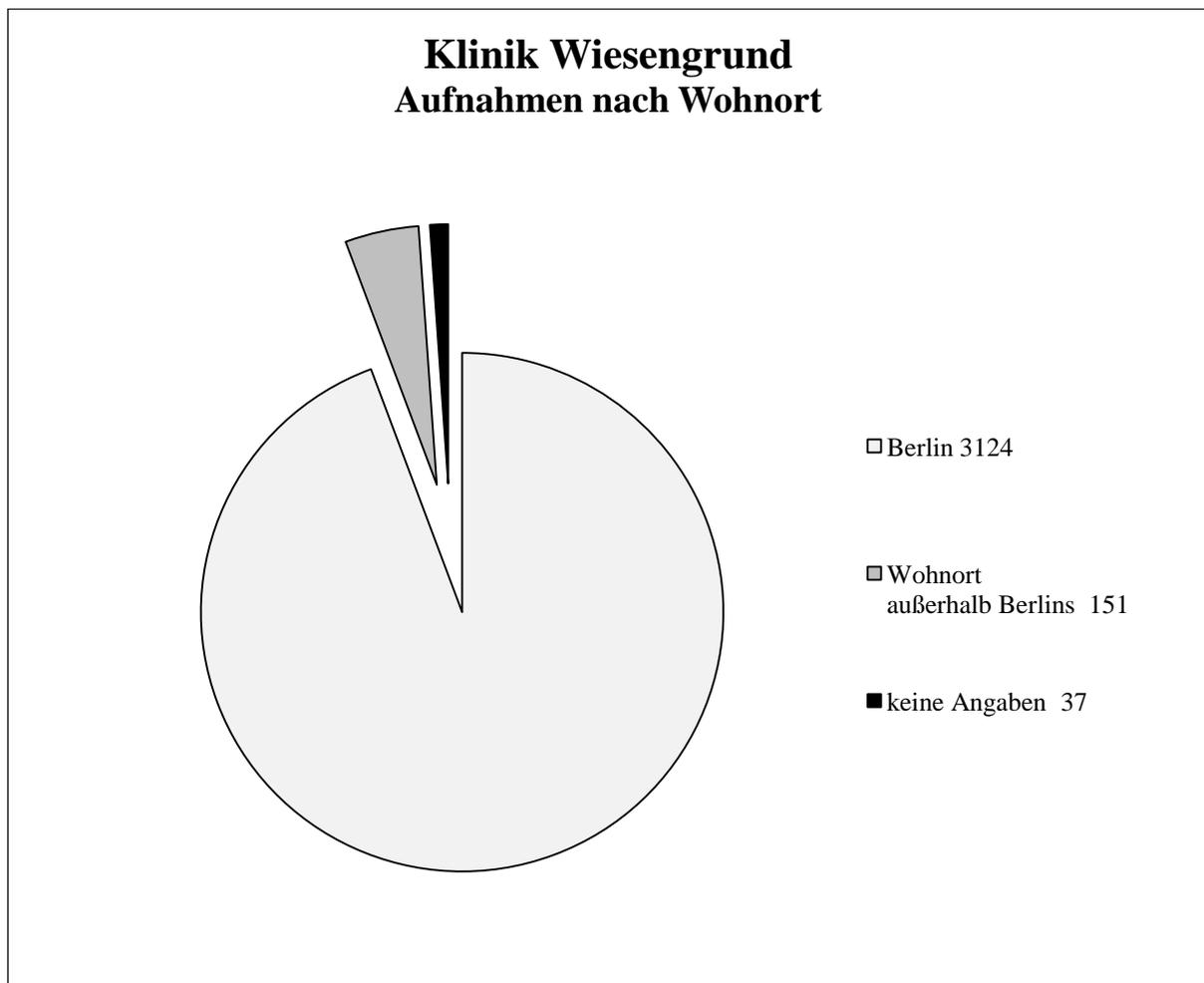


Diagramm 5: Aufnahmen nach Wohnort

Wohnort	Aufnahmen	prozentualer Anteil (Gesamtaufnahmen)
<b>vorhandene Akten</b>	<b>3312</b>	(100%)
Berlin	3124	94,3%
Brandenburg	120	3,6%
Deutsches Reich	31	0,9%
keine Angaben	37	1,1%

Tabelle 5: Aufnahmen nach Wohnort / prozentualer Anteil

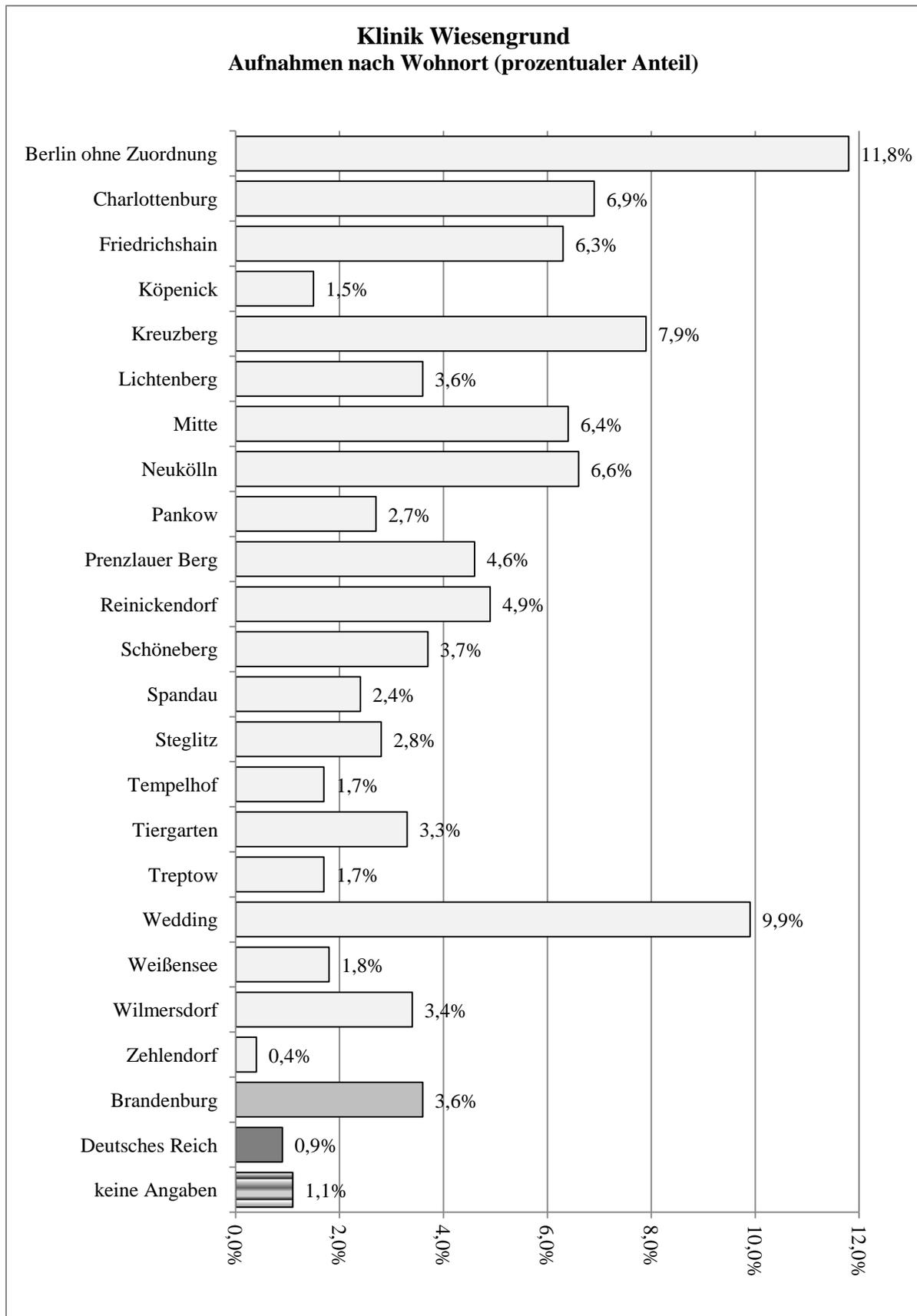


Diagramm 6: Aufnahmen nach Wohnort / prozentualer Anteil

Der prozentuale Anteil der Aufnahmen aus den Bezirken Berlins bezieht sich auf die Gesamtaufnahmen (3312 = 100%).

390 Mal (11,8%) war eine Zuordnung nicht möglich, da häufig nur „Berlin“ dokumentiert war. Viele Straßen gibt es aber in mehreren, teilweise sogar allen Bezirken. Eine willkürliche Zuordnung wurde nicht in Betracht gezogen. In den Akten waren häufig auch nur die Ortsteile der Bezirke dokumentiert, die den Bezirken zugeordnet wurden.

Bei der Zuordnung der Wohnorte innerhalb Berlins (einige Straßen waren im Straßenverzeichnis von 1929 noch nicht aufgeführt) und zu Brandenburg wurde auch ein Stadtplan aus dem Jahr 2000 zur Hilfe genommen.<sup>96</sup>

Diese Erhebung belegt, dass nicht nur Patienten aus den unmittelbar umgebenden und sozial schwachen Bezirken das Patientenkontingent der Klinik Wiesengrund ausmachte, sondern im Gegenteil aus ganz Berlin und auch vor allem aus gut bürgerlichen Bezirken Patienten zur Aufnahme kamen.

---

<sup>96</sup> Autofahrer-Atlas, Herausgeber: StadtINFO Verlag GmbH, Bismarckallee 41, 14193 Berlin

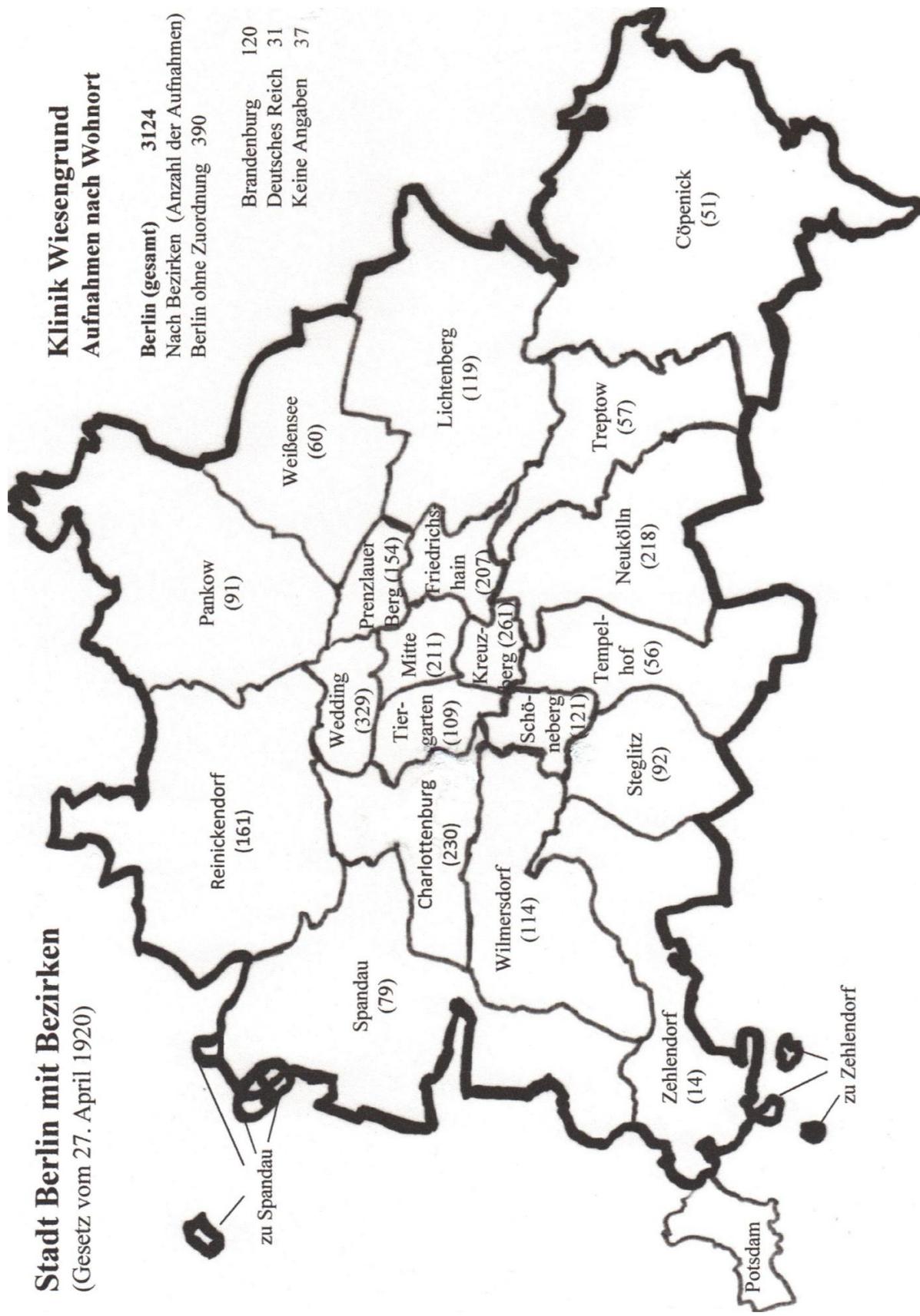


Abb. 17: Anzahl der Patienten aus den Bezirken Berlins<sup>97</sup>

<sup>97</sup> Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin 1929 (Karte handgezeichnet)

#### 4.2.4 Zugangswege und Kostenträger

Um zu verstehen, wie sich bestimmte Störungen entwickelten und Versorgungswünsche entstehen konnten, lohnt es sich, an dieser Stelle einen kurzen Einblick in die Entstehung des deutschen Sozialsystems zu geben. Auch gilt es, sich vor Augen zu führen, was ein Ausfall aus dem Arbeitsleben für den Einzelnen und auch für die Allgemeinheit bedeutete.

#### Sozialversicherungsträger

Die Bismarcksche Sozialgesetzgebung wurde durch Kaiserliche Botschaft vom 17. November 1881 eingeleitet und trat dann in Einzelschritten in den Jahren 1883, 1884 und 1889 in Kraft.<sup>98</sup> In den Grundzügen ist sie auch heute noch das Fundament unseres geltenden Sozialsystems.<sup>99</sup> War die Armenpflege noch auf freiwilliger Basis basierend, entstand mit den Versicherungssystemen eine Verpflichtung mit Rechtsanspruch des Versicherten einerseits und Zwangsmitgliedschaft mit Beitragsverpflichtung andererseits.<sup>100</sup> Abgesichert werden sollten Krankheit, Invalidität, Unfall und Alter. „Ziel und Zweck der staatlichen Versorgungseinrichtungen waren... die Milderung der Not vieler Menschen und die Sicherung der Existenz.“<sup>101</sup>

Grundlage für alle Sozialversicherungen war die Reichsversicherungsordnung, die auf den Sozialgesetzen des Reichskanzlers Bismarck basierte und die am 1. Januar 1912 in Kraft trat.<sup>102</sup> Sie regelte den Aufbau der Versicherungsträger. Hauptpfeiler dieses Systems waren die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invalidenversicherung.<sup>103</sup> Zusätzlich trat nach dem Ersten Weltkrieg an die Stelle der zuerst eingerichteten Erwerbslosenfürsorge am „1. Oktober 1927 die Arbeitslosenversicherung, für die in der Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung ein besonderer Versicherungsträger errichtet wurde“.<sup>104</sup>

Träger der einzelnen Versicherungen waren für die Krankenversicherung die Krankenkassen, für die Unfallversicherung die Berufsgenossenschaften und für die Invalidenversicherung die

---

<sup>98</sup> Stolleis, Michael: Geschichte des Sozialrechts in Deutschland, Stuttgart (2003), S. 75

<sup>99</sup> Stolleis, S. 55

<sup>100</sup> Stolleis, S. 56

<sup>101</sup> Hohn, Hans Günther: Die deutsche Rentengeschichte. Berlin (2004), S. 23

<sup>102</sup> Kadgiehn, Fritz: Aufbau und Zuständigkeit der Versicherungsträger und der Versicherungsbehörden. In: Wege zur Kassenpraxis, Schulungsschriften der „Arbeiter-Versorgung“, Berlin 1934, S. 7

<sup>103</sup> Kadgiehn, S. 9

<sup>104</sup> Kadgiehn, S. 8

Versicherungsanstalten. An der Finanzierung waren neben dem Staat „Arbeitgeber, Unternehmen, einzelne Privatpersonen als Spender und die Religionsgemeinschaften“ beteiligt.<sup>105</sup>

An erster Stelle stand die Krankenversicherung, die ihren Anfang mit dem Gesetz vom 15. Juni 1883 hatte.<sup>106</sup> Finanziert wurde sie durch Beiträge von Arbeitnehmern und Arbeitgebern, wobei zwei Drittel der Beiträge durch die Arbeitnehmer und das restliche Drittel durch die Arbeitgeber entrichtet wurden.<sup>107</sup> Der Versicherungsschutz umfasste „Krankengeld vom dritten Tag an bis maximal dreizehn Wochen in der Höhe des halben Lohns, freie ärztliche Behandlung durch die von den Kassen unter Vertrag genommenen Bezirksärzte sowie Sachleistungen.“<sup>108</sup> 1913 waren bereits 62 Prozent der arbeitenden Bevölkerung krankenversichert.

Als zweites stand dann nach einem sehr langwierigen Entstehungsprozess am 6. Juli 1884 das Unfallversicherungsgesetz fest, das „im organisatorischen Teil am 9. Juli 1884 in Kraft [trat], als vollständiges Gesetz dann am 1. Oktober 1885“.<sup>109</sup> Die Unfallversicherung war eine Ergänzung zur Versorgung durch die Krankenkassen, griff aber nur bei betrieblich bedingten Unfällen, die gleichzeitig mit einer Erwerbsbeeinträchtigung einhergingen.<sup>110</sup> Versichert waren Arbeiter und Angestellte. Die Versicherten erhielten als Leistung Heilbehandlungen ab der 14. Woche. Wichtiger war jedoch die Rolle der Unfallversicherung im Bereich der Unfallverhütung.

Als dritte Säule der sozialen Absicherung wurde am 22. Juni 1889 das Gesetz zu Invaliditäts- und Alterssicherung verabschiedet. Es bestand Versicherungszwang für Arbeiter, die weniger als 2000 Mark im Jahr verdienten und auch die Angestellten wurden in diesem Gesetz mit erfasst. Es sah eine Altersrente ab dem 70. Lebensjahr vor und auch eine Invaliditätsrente war möglich bei Erwerbsunfähigkeit. Voraussetzung dafür war, dass für den Anspruch einer Invalidenrente mindestens fünf Beitragsjahre bestanden und für die Altersrente 30 Jahre lang Beiträge entrichtet wurden. Finanziert wurde diese Versicherung zu gleichen Teilen vom Arbeitgeber und Arbeitnehmer; zusätzlich gab es eine geringe Zuschussung durch den Staat.<sup>111</sup> Der Betrag der Rente war jedoch nicht so hoch, als dass ein Arbeiter hätte davon leben können; darüber hinaus lag um 1900 das Durchschnittsalter unter 50 Jahren, so dass der Anteil der Altersinvalidität als gering anzunehmen ist. Die größere Rolle spielte Erwerbsunfähigkeit,

---

<sup>105</sup> Hohn, S. 23

<sup>106</sup> Stolleis, S. 76

<sup>107</sup> Stolleis, S. 76

<sup>108</sup> Stolleis, S. 79

<sup>109</sup> Stolleis, S. 80-82

<sup>110</sup> Stolleis, S. 81

<sup>111</sup> Stolleis, S. 84-85

der die Versicherungsträger durch die Gewährung von Heilbehandlungen und Kuren entgegenwirkten.<sup>112</sup>

Mit fortschreitender Industrialisierung zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Sozialgesetzgebung weiter ausgebaut. Geprägt war diese Zeit durch Bevölkerungszuwachs und die Zunahme der Arbeiter und Angestelltenberufe bei gleichzeitigem Rückgang der Zahl der Selbständigen. Es wurden immer mehr Personen in die Unfall- und Krankenversicherung aufgenommen und der Versicherungsschutz ausgedehnt. Hinzu kam die Hinterbliebenenversorgung.<sup>113</sup> Ferner trat am 20. Dezember 1911 das Versicherungsgesetz für Angestellte in Kraft, das die Rente der Angestellten regelte, mit deutlich höheren Beiträgen im Vergleich zur Arbeiterversicherung.

Am 19. Juli 1911 waren bereits die drei Säulen der Sozialversicherung in der Reichsversicherungsordnung zusammengefasst worden.<sup>114</sup>

Im Zusammenhang mit dem Einrichten der Unfallversicherung entstand das Reichsversicherungsamt, das die oberste Aufsichtsbehörde der geschaffenen Sozialversicherungen darstellte.<sup>115</sup> Stufenweise wurde es für alle Sozialversicherungsträger verantwortlich: zuerst 1884 für die Unfallversicherung, ab 1889 für die Invalidenversicherung, ab 1913 für die Krankenversicherung, ab 1922/23 für die Angestelltenversicherung und ab 1927 für die Arbeitslosenversicherung. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde es dem Reichsministerium unterstellt.<sup>116</sup> Dieses existierte von 1884 bis 1945 und war zuständig für den gesamten Bereich der sozialen Absicherung.

Im Ersten Weltkrieg wurden die Kriegs- und Hilfsdienste sozialversichert, die Waisenrente wurde erhöht und das Rentenalter wurde von 70 auf 65 Jahre herabgesetzt.<sup>117</sup> Der Krieg führte dann auch dazu, dass sich der Staat mit dem Problem der Arbeitslosigkeit konfrontiert sah. Es waren zuerst die „Familien der vom Wehrdienst erfassten Männer zu versorgen.“ Die Leistung unterschied sich von der früheren Fürsorge durch einen Rechtsanspruch. Freiwillige Leistungen wurden nun durch die „Kriegswohlfahrtspflege“ erbracht, die ein zweites System der Armenfürsorge darstellte.<sup>118</sup> Es bildete sich nach dem Ersten Weltkrieg ein breites Fürsorgenetz aus, so dass der Krieg als „der große Schrittmacher der Sozialpolitik“ gese-

---

<sup>112</sup> Stolleis, S. 88

<sup>113</sup> Stolleis, S. 101-102

<sup>114</sup> Stolleis, S. 103

<sup>115</sup> Stolleis, S. 82-83

<sup>116</sup> Stolleis, S. 82-83

<sup>117</sup> Stolleis, S. 111-112

<sup>118</sup> Stolleis, S. 113

hen wurde.<sup>119</sup> Dazu kam nach Ende des Krieges ein Versorgungsanspruch im Sinne eines Entschädigungsanspruches für Kriegsverletzte. Am 8. Februar 1919 erging eine Verordnung zur Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge und wurde am 15. Juli 1922 durch das Kriegspersonenschädengesetz ergänzt, das die Versorgung des entsprechenden Personenkreises regeln sollte. Institutionell entstanden damit die Versorgungsämter, die als entscheidende Behörden verantwortlich waren und die Hauptversorgungsämter als entsprechende Aufsichtsbehörden.<sup>120</sup> Es wurden nicht nur Renten gewährt, sondern es wurde großer Wert auf die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit gelegt, was unter anderem zu Gewährung von diversen Hilfsmitteln und Kurverschickungen führte.

Aufgrund der schwierigen wirtschaftlichen Lage in der Weimarer Republik entstand dann die Deutsche Liga der freien Wohlfahrtspflege als Zusammenschluss aller zuvor bestehenden kirchlichen und freien Wohlfahrtseinrichtungen. Dabei griff die Fürsorge, wenn andere soziale Sicherungen nicht einsetzten. Es entstand ferner die öffentliche Fürsorge, unter die alle Personen fielen, die nicht durch die anderen Versicherungssysteme abgesichert waren (Kriegsbeschädigte, -hinterbliebene, Invaliden und Angestellte ohne Versicherungsschutz, Kleinrentner, hilfsbedürftige Minderjährige etc.). Dabei waren die Fürsorgestellen kommunal und die Wohlfahrtsämter freien Trägern unterstellt.

Zuletzt kam es 1927 durch zunehmende Arbeitslosigkeit zum Gesetz über Arbeitslosenvermittlung und Arbeitslosenversicherung. Zuständig hierfür war behördlich auch, wie für die anderen Sozialversicherungen, das Reichsarbeitsministerium. „Es war zuständig ... für das von der Verfassung garantierte umfassende Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten, geschaffen zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutz der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens.“<sup>121</sup> Finanziert wurde die Arbeitslosenversicherung wie die Invalidenversicherung, zu gleichen Teilen seitens des Arbeitgebers und des Arbeitnehmers. „Als Leistung gab es Arbeitslosenunterstützung für ein halbes Jahr.“ Danach setzte für einen weiteren Zeitraum von sechs Monaten die „Krisenfürsorge“ ein. Für Langzeitarbeitslose stand danach die Fürsorge zur Verfügung. Organisatorisch entstanden „Arbeitsämter, Landesarbeitsämter und die Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung als Körperschaft des öffentlichen Rechts“.<sup>122</sup>

---

<sup>119</sup> Stolleis, S. 115

<sup>120</sup> Stolleis, S. 122-123

<sup>121</sup> Stolleis, S. 153

<sup>122</sup> Stolleis, S. 163

Diese Gesetze führten zu einer Absicherung, ließen aber auch Versorgungswünsche entstehen, die sich vor allem nach dem Krieg zeigten.

Bereits vor dem Ersten Weltkrieg gab es „allgemeinen Ärger über traumatische Neurotiker, die im Anschluss an irgendwelche Unfälle von ihren Versicherungsgeldern lebten statt für die Allgemeinheit zu arbeiten“.<sup>123</sup> Die Ärzte sahen diesbezüglich keine Interventionsbedürftigkeit. Dies änderte sich allerdings mit Beginn des Ersten Weltkrieges, da in diesem Zusammenhang eine „epidemische Verbreitung der Kriegsneurosen [auftrat], die Tausende von deutschen Soldaten kampfunfähig machten“.<sup>124</sup> Das häufigste Symptom stellte Zittern dar. Soldaten bzw. Patienten mit diesem Symptom wurden deshalb als „Kriegszitterer“ bezeichnet. Hieraus entwickelte sich aber auch ein gesellschaftlich-ökonomisches Problem, das als „schwere Gefahr für die Nation“ betrachtet wurde. „Es hätte ... den ökonomischen Ruin des Landes bedeutet, wenn alle als Kriegsneurotiker diagnostizierten Männer als entschädigungsberechtigt anerkannt worden wären.“<sup>125</sup> Diese Bedrohung machte Gegenmaßnahmen erforderlich. Die sogenannten „Kriegsneurotiker“ wurden den Hysterikern zugerechnet. Da die Hysterie „der Simulation sehr nahe stehend galt“, erfolgten drastische Therapieoptionen. Die Behandlung der Kriegsneurotiker bestand in Einsatz von Bädern mit kaltem Wasser, Strafoxerzieren, Verweigerung von Urlaub, Erzeugen von Schmerzen durch oft sehr heftige elektrische Ströme, was auch zum Tod führen konnte. Diese spezielle Methode nannte man auch „Elektrosuggestivverfahren“ oder „Kaufmann-Kur“.<sup>126</sup> Eine weitere Methode war das sofortige Abkommandieren direkt an die Front im Sinne einer Abschreckungsmaßnahme. 1920 kam es aufgrund dieser Behandlungen der Kriegsneurotiker zum „Wagner-Jauregg-Prozeß“. In diesem führte Freud in seinem dazu angefertigten Gutachten aus, dass Wagener-Jauregg und seine Kollegen „ihre Patienten während des Krieges nicht verteidigten, sondern sich wie Maschinengewehre gegen sie gerichtet“ hatten.<sup>127</sup>

Aufgrund der geschaffenen Sicherungssysteme und aufgrund der Problematik der Kriegsneurotiker wurden psychiatrische Begutachtungen immer wichtiger, da Versorgungswünsche

---

<sup>123</sup> Fischer-Homberger, Esther: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker, Johanna und Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und Krieg. Vom Dilemma der Heilberufe 1865 bis 1985. Frankfurt am Main (1987), S. 127

<sup>124</sup> Fischer-Homberger

<sup>125</sup> Fischer-Homberger

<sup>126</sup> Dieses Verfahren wurde im Zweiten Weltkrieg von Friedrich Panse wieder aufgegriffen. Von ihm wurde hochdosierter galvanischer Strom eingesetzt, ein überaus qualvolles Verfahren. Nach ihm erhielt diese Form der Behandlung den Begriff „Pansen“. Vgl. hierzu Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Einleitung. Göttingen(2010), S. 22.

<sup>127</sup> Fischer-Homberger, S. 122. Mit diesem Thema setzt sich – in Anlehnung an die Aussage Freuds – das Buch „Maschinengewehre hinter der Front“ dezidiert auseinander. Da die Problematik der Kriegsneurotiker für die Klinik Wiesengrund aber keine Rolle spielte, soll hierauf im Einzelnen nicht weiter eingegangen werden.

entstanden. In der Klinik Wiesengrund fanden solche Begutachtungen zwar statt, aber weder im Patientenkollektiv noch für die Behandlung spielten diese eine Rolle.<sup>128</sup>

Vor dem Hintergrund dieser geschaffenen Sozialstruktur wurde die Einteilung der Kostenträger vorgenommen.

Die Kostenträger wurden teilweise nicht ausdrücklich in den Akten dokumentiert. In den meisten Fällen wurde der Kostenträger auf dem Deckblatt unter „überwiesen von“ angegeben. Wurde hier nur der überweisende Arzt oder die Hauptanstalt als Überweiser angegeben, wurde für die Angabe des Kostenträgers in der Nachbearbeitung „keine Angabe“ gewählt, da hier eine Klärung des Kostenträgers durch die Akte nicht gelang.

Bei der Zuordnung sollte der Einweisungsmodus nachvollziehbar bleiben, deshalb wurden zehn Zuordnungen vorgenommen, die sich aus den Akten („überwiesen von“) ergaben:

1. Krankenkassen (1457)  
AOK, Krankenkasse der Reichsbahn, Barmer, verschiedene Krankenkassen
2. Wohlfahrtsamt / Sozialamt (1106)
3. Selbstzahler (131) davon 1 x Lebensversicherung
4. Ämter (90)  
Bezirksamt, Fürsorge, Gesundheitsamt, Jugendamt
5. Rentenkassen (25)  
Pensionskasse, Rentenversicherung, Landesversicherungsanstalt
6. Gericht (57)
7. Arbeitgeber (34)  
z. B. Reichsbahn, Postamt, Magistrat, Amt f. Wasserwesen, Bezirksamt
8. Versicherungsamt, Versorgungsamt, Oberversorgungsamt (97)<sup>129</sup>
9. Berufsgenossenschaft und Unfallversicherung (20)
10. keine Angaben (295) davon ein Mal ungeklärt (Leibstandarte Adolf Hitler)

Im Anhang 3 sind die Kostenträger für jede Diagnose gesondert dargestellt.

---

<sup>128</sup> Die drastischen Therapiemaßnahmen fanden im Wiesengrund keinen Einsatz.

<sup>129</sup> Hier wurde zwischen sonstigen Ämtern und dem Versicherungsamt unterschieden, da zweites übergeordnete Instanz der einzelnen Sozialversicherungsträger war.

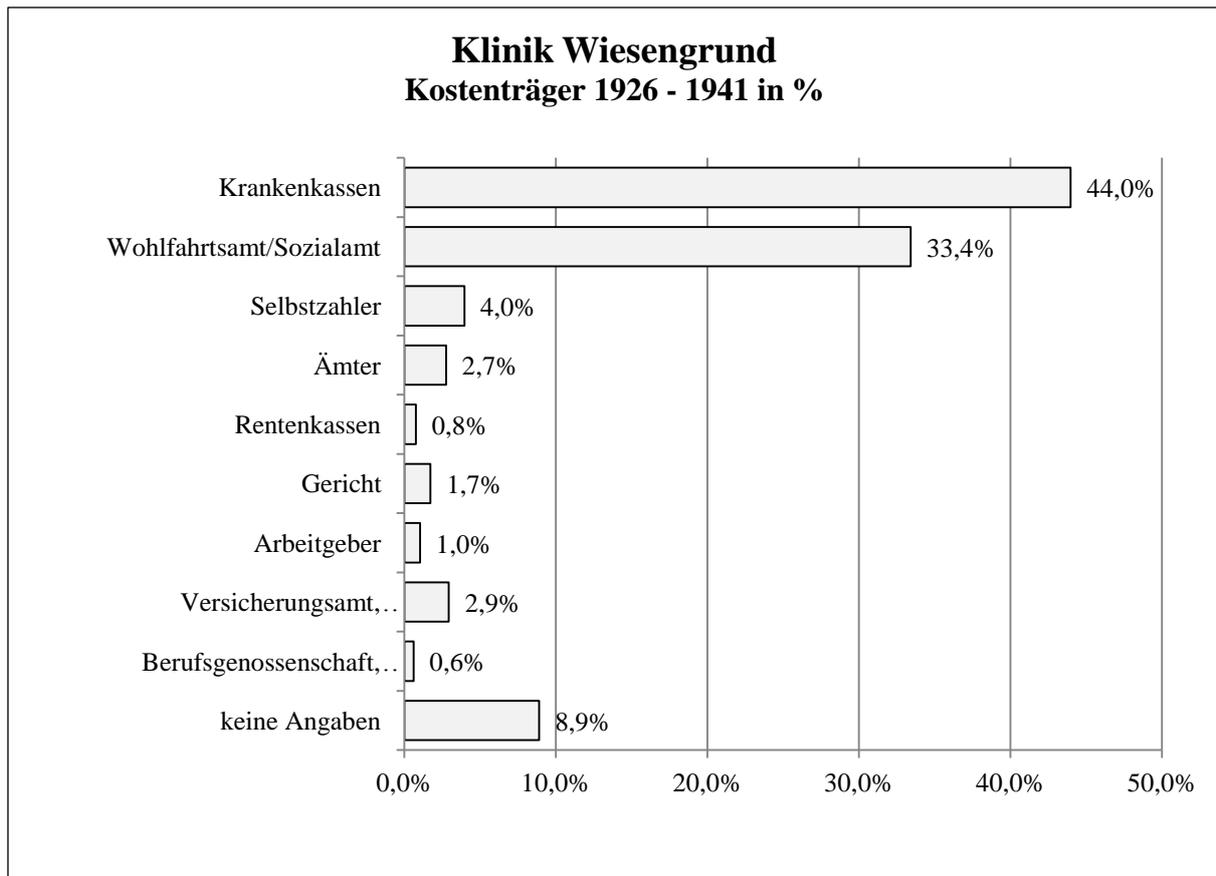


Diagramm 7: Kostenträger 1926-1941

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle waren die Krankenkassen und die Wohlfahrtsämter die Kostenträger. Beim Vergleich der einzelnen Diagnosegruppen ergab sich kein deutlich hiervon abweichendes Bild. Lediglich bei den Beobachtungsfällen war auffällig, dass hier Gerichte und die Berufsgenossenschaften bzw. Arbeitgeber einen Großteil der Kostenträger darstellten.<sup>130</sup>

#### 4.2.5 Berufe der Patienten der Klinik Wiesengrund nach Wirtschaftszweigen

Die einzelnen Berufe der Patienten wurden nach den im statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin 1929 aufgeführten Wirtschaftszweigen geordnet und im zweiten Schritt mit den Zahlen für die Stadt Berlin verglichen. Zugrunde lagen die Daten der Volkszählung von 1925, veröffent-

<sup>130</sup> Hier ist erwähnenswert, dass zu Beginn des Krankenversicherungssystems die Geschlechtskrankheiten von den Leistungen ausgenommen waren (vgl. hierzu: Bergmann, Paul: Praktischer Hausschatz der Heilkunde, Heinrich Killinger, Verlagsgesellschaft m.b.H. Nordhausen am Harz (etwa 1930), S. 751).

licht im statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin 1929. Im Anhang 4 ist eine Abschrift der Wirtschaftszweige mit den zugehörigen Berufen und im Anhang 5 sind die Berufe der Patienten aufgeführt.

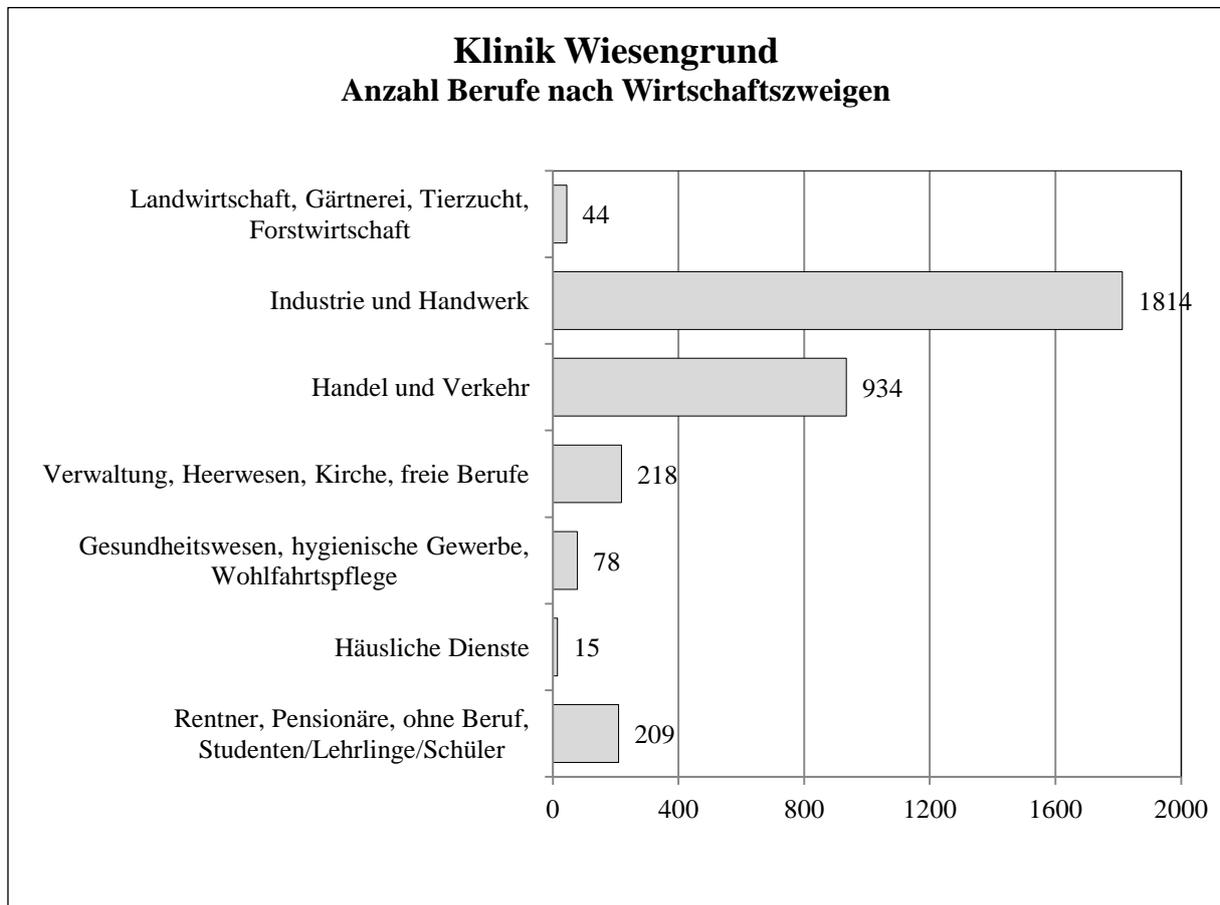


Diagramm 8: Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen

#### 4.2.5.1 Vergleich der Berufszugehörigkeit nach Wirtschaftszweigen

Der direkte Vergleich der Patienten der Klinik Wiesengrund mit den erwerbstätigen Männern von Berlin (Daten der Volkszählung von 1925) zeigt, dass die Patienten der Klinik Wiesengrund die Gesellschaftsstruktur Berlins zur damaligen Zeit widerspiegeln.

Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass in der Klinik nur minderbemittelte Männer behandelt wurden, sondern die Patienten aus allen sozialen Schichten und Berufsgruppen vertreten waren.

### Vergleich der Berufszugehörigkeit nach Wirtschaftszweigen

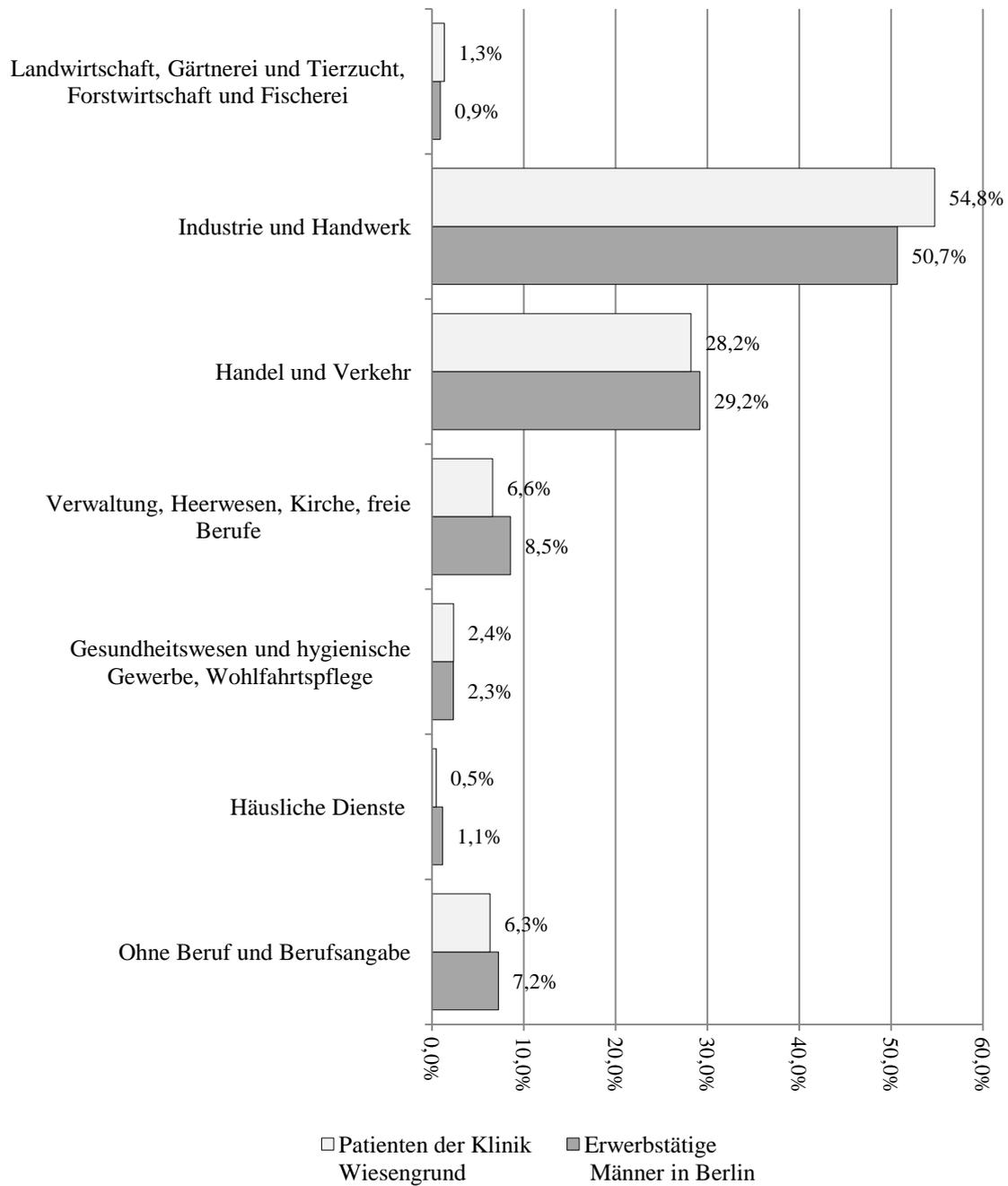


Diagramm 9: Vergleich der Berufszugehörigkeit der männlichen Bevölkerung / Patienten

<b>Zusammenstellung: statistisches Jahrbuch 1929</b>	Männer	Prozent
Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht, Forstwirtschaft und Fischerei	13481	0,9%
Industrie und Handwerk	756296	50,7%
Handel und Verkehr	435358	29,2%
Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe	127221	8,5%
Gesundheitswesen und hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege	34644	2,3%
Häusliche Dienste und Erwerbstätigkeit ohne feste Stellung oder ohne Angabe der Betriebszugehörigkeit	17072	1,1%
Ohne Beruf und Berufsangabe	107823	7,2%
Männliche Erwerbstätige insgesamt	1491895	

Tabelle 6: Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen für Berlin (Volkszählung 1925)

<b>Auswertung der Patientenakten der Klinik Wiesengrund 1926 - 1941</b>	Patienten	Prozent
Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht, Forstwirtschaft	44	1,3%
Industrie und Handwerk	1814	54,8%
Handel und Verkehr	934	28,2%
Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe	218	6,6%
Gesundheitswesen, hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege	78	2,4%
Häusliche Dienste	15	0,5%
Rentner, Pensionäre, ohne Beruf, Studenten/Lehrlinge/Schüler	209	6,3%
Patienten insgesamt (vorhandene Akten)	3312	

Tabelle 7: Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen der Patienten

#### 4.2.6 Familienstand

Dass in der Klinik Wiesengrund die Patienten überwiegend in familiären Bindungen lebten, zeigt die Auswertung des Familienstandes. Von den 3312 Fällen war der Familienstand wie folgt dokumentiert: verheiratet 2320 (70 Prozent), ledig 526 (15,9 Prozent), geschieden 144 (4,3 Prozent), getrennt lebend 39 (1,2 Prozent), verwitwet 64 (1,9 Prozent), verlobt 46 (1,4 Prozent) und keine Angaben gab es in 173 Akten (5,2 Prozent).

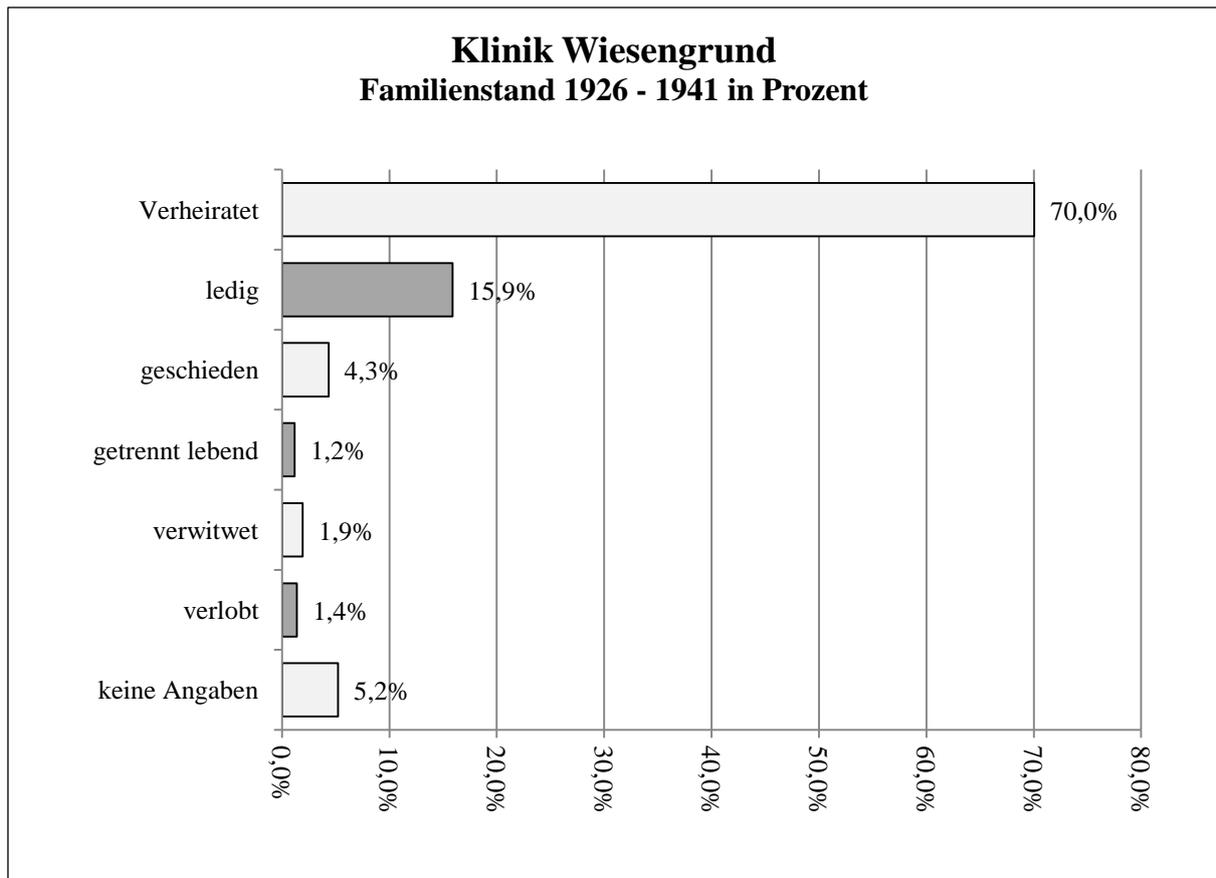


Diagramm 10: Familienstand der Patienten 1926-1941

#### 4.2.7 Religionszugehörigkeit

Die Religionszugehörigkeit wurde in Anlehnung an die Einteilung im Statistischen Jahrbuch der Stadt Berlin 1929 aufgrund der Volkszählung von 1925 erhoben und dargestellt.

Religionsbekenntnis der Berliner Bevölkerung:

evangelisch	76,6 %
katholisch (Römisch-katholisch einschl. der unierten Riten)	10,0 %
jüdisch	4,3 %
sonstige (einschl. der Fälle ohne Angaben)	1,9 %
ohne	7,2 %

In der Darstellung und im Vergleich wurden die Fälle, in denen in den Akten keine Angaben standen, der Gruppe „ohne (Religionszugehörigkeit)“ zugeordnet. Wegen der hohen Anzahl

der Nennungen wurde noch die Gruppe „Dissident“ hinzugefügt. In der vergleichenden Betrachtung ist diese Gruppe in Klammern geschrieben. Da abweichend von der Erhebung aus dem statistischen Jahrbuch die Patienten, bei denen keine Angaben in den Akten vorhanden waren nicht der Gruppe „sonstige“ sondern der Gruppe „ohne“ zugeordnet wurde, ist dies ebenfalls durch Klammern gekennzeichnet.

#### Religionszugehörigkeit

1. evangelisch (evangelische Kirche)  
evangelisch, lutherisch, protestantisch, reformiert
2. katholisch (römisch katholische Kirche)  
katholisch, griechisch-katholisch,
3. jüdisch (Jüdische Gemeinde)  
israelisch, jüdisch, mosaisch
4. sonstige (Glaubensrichtungen)  
apostolisch katholisch, apostolisch, Baptisten, französisch reformiert, mennonitisch,  
neu-apostolisch, russisch orthodox  
buddhistisch, deutsche Glaubensbewegung, freireligiös, gottgläubig
5. Dissidenten
6. ohne (Glauben oder Religionszugehörigkeit, auch ohne Angaben)  
glaubenslos, keine Angaben, keine, ohne, religionslos

Von den 3312 Patienten gehörten 2160 zur evangelischen Kirche, 368 zur katholischen Kirche und 118 zur jüdischen Gemeinde. Es gab 401 Dissidenten, 53 Patienten gehörten sonstigen Religionsgemeinschaften an und 212 waren ohne Glauben oder Religionszugehörigkeit, bzw. waren keine Angaben vorhanden.

Es ist sehr auffällig, dass ab 1934 die Zahl der jüdischen Patienten stark abgenommen hat. Ab 1939 gab es keinen dokumentierten Patienten jüdischen Glaubens mehr.

Es gab im gleichen Zeitraum nur sehr wenige bis gar keine frei gelassenen Felder zur Religionszugehörigkeit.

Die Einträge „gottgläubig“ oder „freireligiös“ erscheinen 1938 mit 5,2 Prozent, 1939 mit 10,9 Prozent und 1940 mit 14,4 Prozent. Diese Angaben gab es nur 1929 und 1930 je ein Mal (0,3 Prozent).

Es gab 187 Mal keine Angaben aber nur 25 Mal wurde „keine Religion“ oder „glaubenslos“ dokumentiert.

1941 wurden kurz vor der Schließung nur noch 4 Patienten aufgenommen. Sie waren alle evangelisch (100 Prozent).

Bei der vergleichenden Betrachtung konnten aus dem statistischen Jahrbuch nur die Daten der Gesamtbevölkerung Berlins (Männer und Frauen) zugrunde gelegt werden, da es keine Unterteilung wie z. B. bei den Berufen gab. Es wurde aber auch so deutlich, dass die Religionszugehörigkeit der Patienten in etwa den Ergebnissen der Volkszählung von 1925 entspricht.

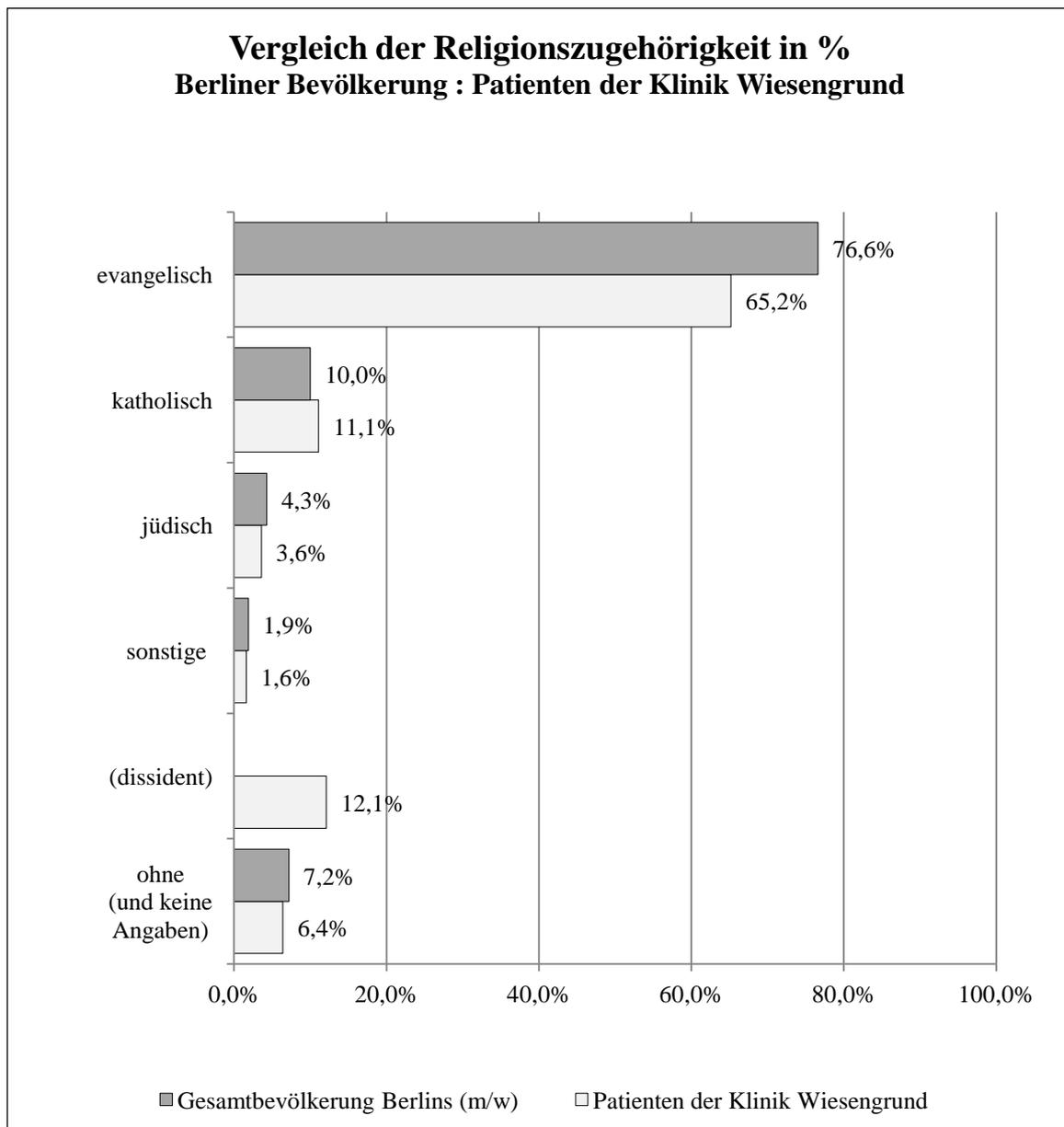


Diagramm 11: Religionszugehörigkeit im Vergleich

#### 4.2.8 Wiederaufnahmen in die Neurologische Männerklinik Wiesengrund

Die Bearbeitung der Akten erfolgte anhand der Fallauswertung. Es war aber auch interessant zu erfahren, wie viele Menschen die 3312 vorhandenen Akten tatsächlich repräsentieren und wie häufig ihre Aufnahme in die Klinik Wiesengrund erfolgte.

In den Akten war dokumentiert, dass Patienten aus der Hauptanstalt oder aus anderen Krankenhäusern verlegt worden waren. Teilweise hatten die Patienten schon mehrere Klinikaufenthalte oder Kuren hinter sich, bevor sie in die Klinik Wiesengrund eingewiesen wurden.

Die 3312 vorhandenen Akten (100 Prozent) repräsentieren 2789 Menschen.

Es gab insgesamt 523 Wiederaufnahmen (15,8 Prozent).

Einige erfolgten als Rückverlegung aus der Hauptanstalt nach Tagen, Wochen oder Monaten, die meisten Wiederaufnahmen aber nach einem bis mehreren Jahren nach der regulären Entlassung aus der Klinik Wiesengrund.

2404 Patienten wurden ein Mal und 385 Patienten zwischen zwei und sechs Mal aufgenommen.

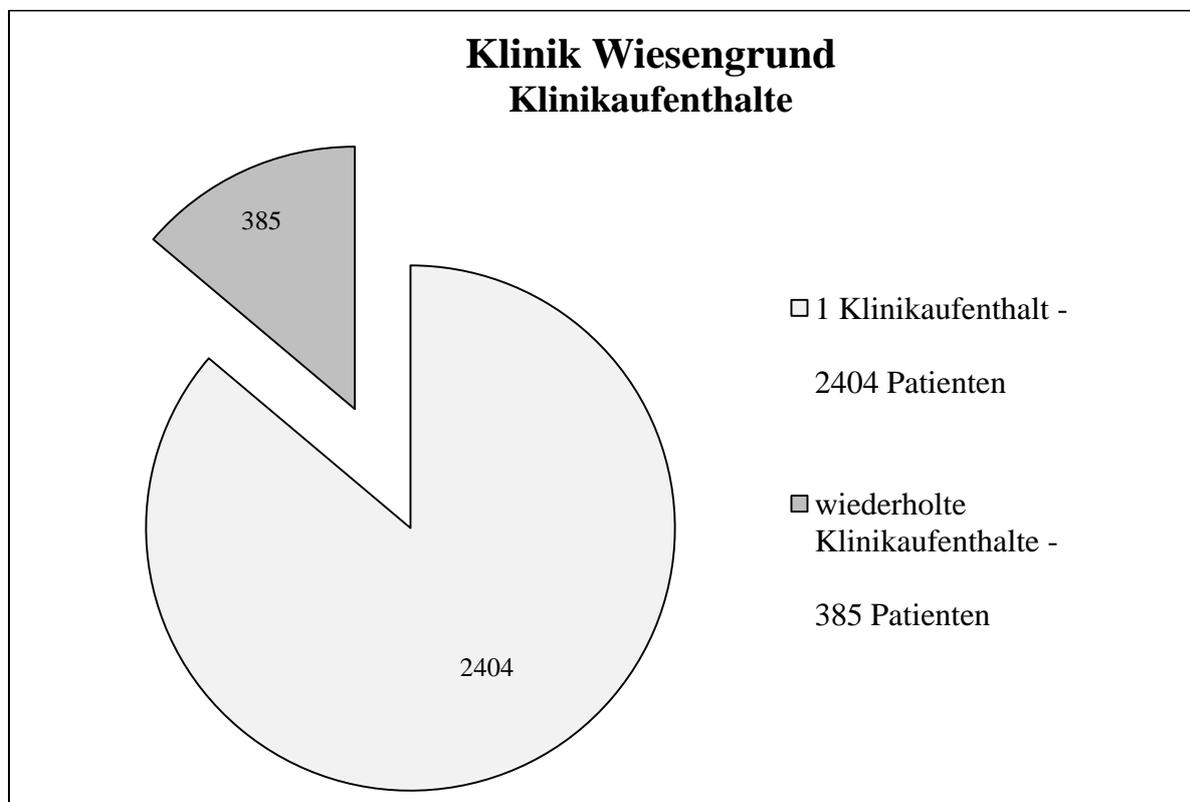


Diagramm 12: Klinikaufenthalte

Die Aufnahmen schlüsseln sich wie folgt auf:

<b>Klinik- aufenthalte</b>	<b>Patienten</b>	<b>Aufnahmen / vorhandene Akten</b>	davon Wiederaufnahmen	<b>Prozentualer Anteil an 3312 Aufnahmen</b>
1	2404	2404		72,6%
2	289	578	289	17,5%
3	69	207	138	6,3%
4	16	64	48	1,9%
5	7	35	28	1,1%
6	4	24	20	0,7%
<b>Gesamt</b>	<b>2789</b>	<b>3312</b>	<b>523</b>	

Tabelle 8: Patientenzahlen und prozentualer Anteil der Aufnahmen/Wiederaufnahmen

## 5 Erweiterte Aktenauswertung

Für den gewählten Auswertungszeitraum lagen 2312 Akten vor. Es wurde eine repräsentative Stichprobe von 1011 Akten gewählt, die ausführlich ausgewertet wurden. Dabei wurde in alphabetischer Reihenfolge vorgegangen.

### 5.1 Vergleichende Betrachtung der Aufnahmediagnosen und der durchschnittlichen Liegedauer der Patienten

Die Aufnahmediagnosen und die durchschnittliche Liegedauer der Patienten der 1011 Auswertungsakten von 1926 bis 1933, der vorhandenen 2312 Akten von 1926 bis 1933 und sämtlicher vorhandenen 3312 Akten von 1926 bis 1941 wurden verglichen, um ggf. größere Abweichungen zu erkennen.

#### 1011 ausführlich ausgewertete Akten 1926-1933

Diagnose	Fallzahl	%	mittlere Liegedauer / d	min	max
Neurosyphilis	338	33,4%	79	1	397
Psychopathie	128	12,7%	60	2	404
neurologische Erkrankung	112	11,1%	84	2	264
Erschöpfung	85	8,4%	57	3	214
zur Beobachtung	74	7,3%	14	3	70
andere	76	7,5%	61	1	385
Schizophrenie	27	2,7%	50	2	136
Sucht	19	1,9%	71	2	155
Unfallfolgen	48	4,7%	56	4	291
Depression	36	3,6%	71	2	188
Minderbegabung	28	2,8%	56	6	264
Rentenneurose	17	1,7%	48	5	126
Kriegsverletzung	11	1,1%	67	6	140
keine Angaben	12	1,2%	7	1	43

Tabelle 9: Liegedauer der Patienten nach Diagnosen (ausführlich ausgewertete Akten)

### 2312 vorhandene Akten 1926-1933

Diagnose	Fallzahl	%	mittlere Liegedauer / d	min	max
Neurosyphilis	805	34,8%	81	1	760
Psychopathie	325	14,1%	59	2	536
neurologische Erkrankung	235	10,2%	89	2	838
Erschöpfung	204	8,8%	58	3	391
zur Beobachtung	188	8,1%	14	1	90
andere	153	6,6%	62	1	400
Schizophrenie	53	2,3%	65	2	347
Sucht	42	1,8%	74	2	216
Unfallfolgen	92	4,0%	59	4	291
Depression	74	3,2%	70	1	188
Minderbegabung	60	2,6%	65	6	294
Rentenneurose	35	1,5%	45	5	126
Kriegsverletzung	12	0,5%	64	6	140
keine Angaben	19	0,8%	10	1	54

Tabelle 10: Liegedauer der Patienten nach Diagnose (alle Akten 1926-1933)

### 3312 vorhandene Akten 1926-1941

Diagnose	Fallzahl	%	mittlere Liegedauer / d	min	max
Neurosyphilis	1397	42,2%	99	1	1034
Psychopathie	446	13,5%	63	2	537
neurologische Erkrankung	334	10,1%	111	2	1015
Erschöpfung	216	6,5%	59	3	391
zur Beobachtung	198	6,0%	15	1	172
andere	173	5,2%	66	1	413
Schizophrenie	113	3,4%	76	2	424
Sucht	105	3,2%	93	2	515
Unfallfolgen	100	3,0%	60	4	311
Depression	97	2,9%	82	1	286
Minderbegabung	61	1,8%	71	6	334
Rentenneurose	39	1,2%	50	4	240
Kriegsverletzung	12	0,4%	64	6	140
keine Angaben	21	0,6%	13	1	71

Tabelle 11: Liegedauer der Patienten nach Diagnose (alle Akten 1926-1941)

<b>Anteil der Diagnosen in %</b>	<b>1926 - 1933 (1011 Auswertungsakten)</b>	<b>1926 - 1933 (2312 vorhandene Akten)</b>	<b>1926 -1941 (3312 vorhandene Akten)</b>
Neurosyphilis	33,4%	34,8%	42,2%
Psychopathie	12,7%	14,1%	13,5%
neurologische Erkrankung	11,1%	10,2%	10,1%
Erschöpfung	8,4%	8,8%	6,5%
zur Beobachtung	7,3%	8,1%	6,0%
andere	7,5%	6,6%	5,2%
Schizophrenie	2,7%	2,3%	3,4%
Sucht	1,9%	1,8%	3,2%
Unfallfolgen	4,7%	4,0%	3,0%
Depression	3,6%	3,2%	2,9%
Minderbegabung	2,8%	2,6%	1,8%
Rentenneurose	1,7%	1,5%	1,2%
Kriegsverletzung	1,1%	0,5%	0,4%
keine Angaben	1,2%	0,8%	0,6%
<b>Durchschnittliche Liegedauer in Tagen</b>	<b>1926 - 1933 (1011 Auswertungsakten)</b>	<b>1926 - 1933 (2312 vorhandene Akten)</b>	<b>1926 -1941 (3312 vorhandene Akten)</b>
Neurosyphilis	79	81	99
Psychopathie	60	59	63
neurologische Erkrankung	84	89	111
Erschöpfung	57	58	59
zur Beobachtung	14	14	15
andere	61	62	66
Schizophrenie	50	65	76
Sucht	71	74	93
Unfallfolgen	56	59	60
Depression	71	70	82
Minderbegabung	56	65	71
Rentenneurose	48	45	50
Kriegsverletzung	67	64	64
k.a.	7	10	13

Tabelle 12: Liegedauer der Patienten nach Diagnose, vergleichende Betrachtung

Auffällig war eine längere Liegedauer bei der Auswertung aller vorhandenen 3312 Akten im Verhältnis zum Auswertungszeitraum bis 1933. In den Jahren nach 1933 stieg der Anteil der Patienten mit Spät-Syphilis um fast neun Prozent an. Die Aufnahmen der Patienten mit anderen Krankheiten dagegen blieben fast gleich oder sanken leicht.

### Klinik Wiesengrund Vergleichende Betrachtung der Aufnahmediagnosen

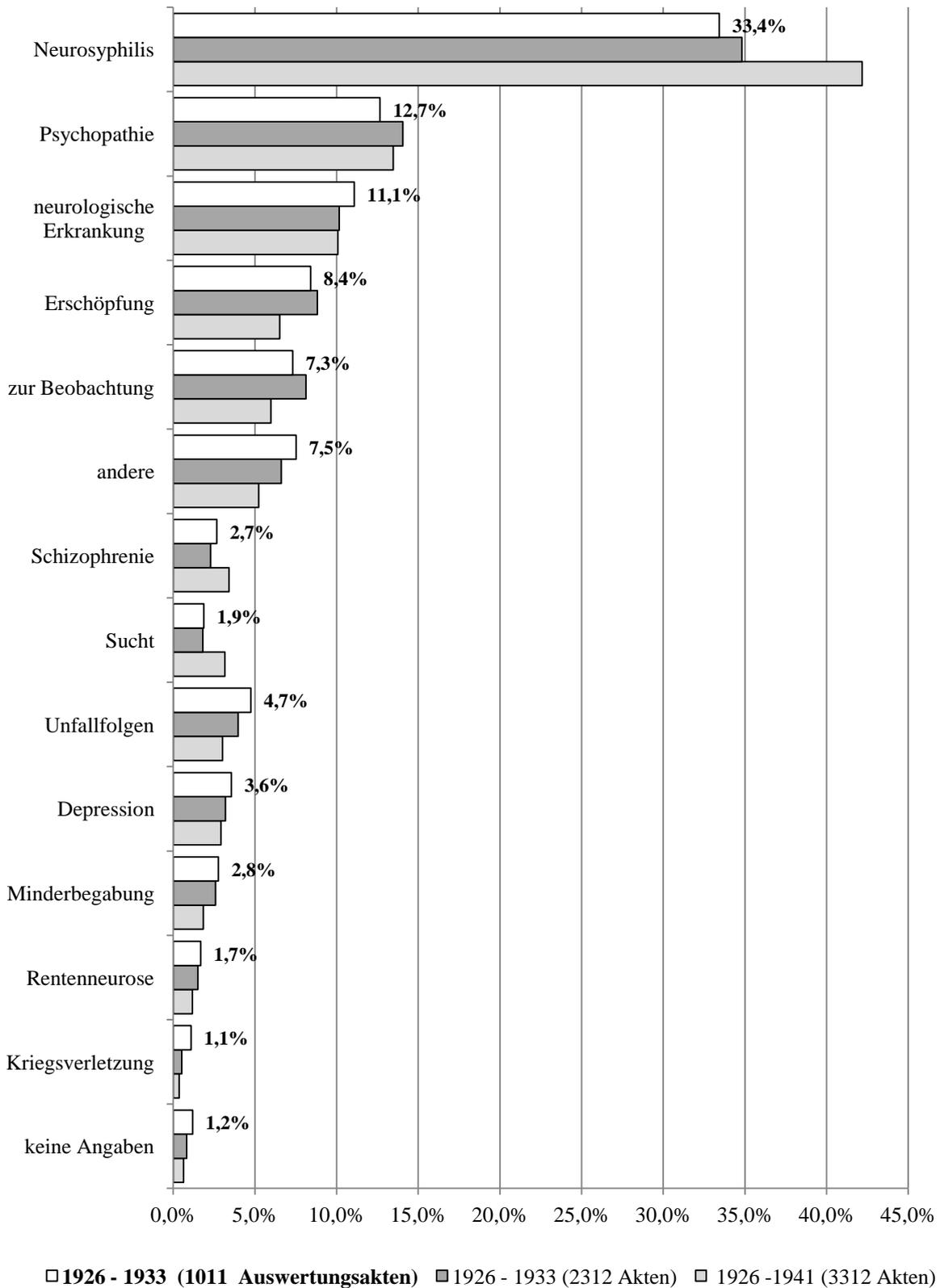


Diagramm 13: Vergleichende Betrachtung der Aufnahmediagnosen

## 5.2 Der Ernährungszustand der Patienten bei der Aufnahme

Bei der Aufnahme wurde der Ernährungszustand der Patienten dokumentiert. In den 1011 Akten war dies bei 760 Patienten zu eruieren. 251 Mal fanden sich keine Angaben.

In 856 Akten war das Gewicht des Patienten eingetragen, aber nur in acht war die Körpergröße des Patienten dokumentiert.

Für die Auswertung wurden die Angaben der behandelnden Ärzte zum Ernährungszustand der Patienten in sechs Gruppen zusammengefasst.

Der Ernährungszustand war:

1. sehr gut (der Patient war übergewichtig / stark übergewichtig)	100
2. gut	226
3. befriedigend / ausreichend	198
4. mäßig (der Patient war leicht unterernährt)	172
5. schlecht (der Patient war unterernährt / stark unterernährt)	64
6. Es gab keine Angaben zum Ernährungszustand	251

Zu den einzelnen Gruppen gehören die unten aufgeführten Angaben, in Klammern ist die Häufigkeit der Nennung angegeben.

Sehr gut / übergewichtig:

kräftig (61), grobschlächtiger Körperbau (1), kleine Fettpolster (1), geringes Fettpolster (1), adipös (11), etwas adipös am Rumpf (1), fettleibig (5), fettreich (1), kräftige Fettpolster (1), massig (3), massiv (2), pyknisch (1), sehr adipös (2), sehr gut (4), sehr kräftig (3), starke Adipositas (1), übergewichtig (1).

Gut:

gut (221), gut genährt (2), guter Ernährungszustand (1), muskulös (1), ziemlich gut genährt (1).

Befriedigend / ausreichend:

mittel (153), mittelmäßig (1), ausreichend (29), befriedigend (2), genügend (2), normal (1), schlank (10).

Mäßig (leicht unterernährt):

mäßig (148), asthenisch (1), grazil (3), leicht reduziert (2), leidlich (18).

Schlecht (unterernährt / stark unterernährt):

dürftig (13), hager (2), herabgesetzt (2), reduziert (16), schlecht (7), schwächig (4), schwächlich (1), sehr mäßig (1), Untergewicht (2), äußerst schlecht (1), mager (9), sehr abgemagert (1), sehr mager (2), sehr reduziert (1), stark reduziert (2).

Es zeigte sich, dass die Mehrheit der Patienten in einem guten bis ausreichenden Ernährungszustand war. Zu den Gruppen der Wohlgenährten bis ausreichend Genährten gehörten 524 Patienten (51,8 Prozent). Zu den Gruppen der leicht bis stark Unterernährten gehörten 236 Patienten (23,3 Prozent). Die größte einzelne Gruppe aber bildeten die 251 Patienten (24,8 Prozent), für die es keine Angaben gab.

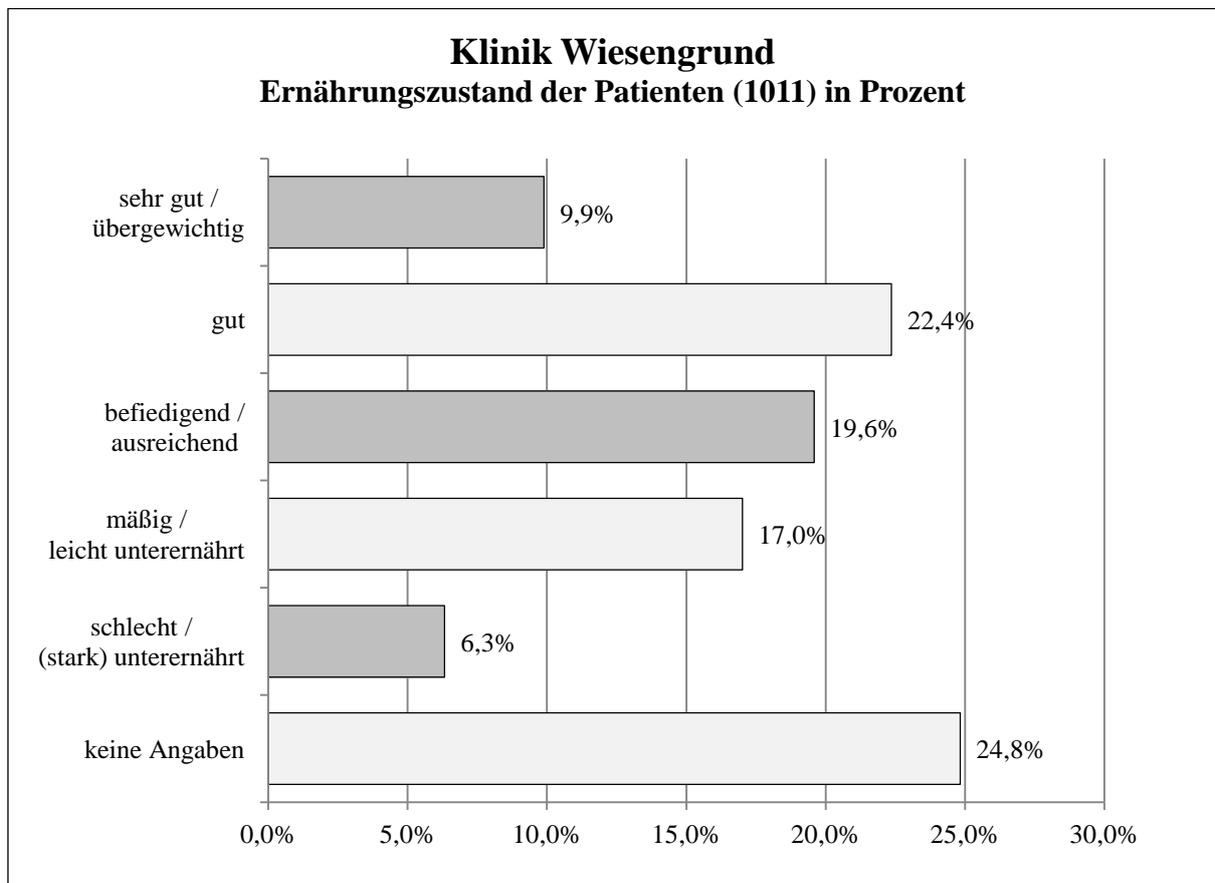


Diagramm 14: Ernährungszustand der Patienten bei Aufnahme

Diagnose	Pat.	Ernährungszustand					
		sehr gut	gut	befriedigend ausreichend	mäßig	schlecht	keine Angaben
Neurosyphilis	338	35	91	63	72	23	54
Psychopathie	128	12	26	27	16	13	34
neurologische Erkrankung	112	8	26	20	20	7	31
Erschöpfung	85	5	16	18	20	3	23
zur Beobachtung	74	6	10	10	12	2	34
andere	76	11	12	24	7	4	18
Schizophrenie	27	5	3	3	3	3	10
Sucht	19	3	9	1	1		5
Unfallfolgen	48	3	4	15	8	4	14
Depression	36	5	15	7	5	1	3
Minderbegabung	28		4	4	4	3	13
Rentenneurose	17	5	6	3	3		
Kriegsverletzung	11	1	4	3	1	1	1
keine Angaben	12	1					11
<b>Gesamtzahl Patienten</b>	<b>1011</b>	<b>100</b>	<b>226</b>	<b>198</b>	<b>172</b>	<b>64</b>	<b>251</b>

Tabelle 13: Der Ernährungszustand der Patienten nach Diagnosen aufgeschlüsselt

Diagnose	Pat.	Ernährungszustand in Prozent					
		sehr gut	gut	befriedigend ausreichend	mäßig	schlecht	keine Angaben
Neurosyphilis	338	10,4%	26,9%	18,6%	21,3%	6,8%	16,0%
Psychopathie	128	9,4%	20,3%	21,1%	12,5%	10,2%	26,6%
neurologische Erkrankung	112	7,1%	23,2%	17,9%	17,9%	6,3%	27,7%
Erschöpfung	85	5,9%	18,8%	21,2%	23,5%	3,5%	27,1%
zur Beobachtung	74	8,1%	13,5%	13,5%	16,2%	2,7%	45,9%
andere	76	14,5%	15,8%	31,6%	9,2%	5,3%	23,7%
Schizophrenie	27	18,5%	11,1%	11,1%	11,1%	11,1%	37,0%
Sucht	19	15,8%	47,4%	5,3%	5,3%		26,3%
Unfallfolgen	48	6,3%	8,3%	31,3%	16,7%	8,3%	29,2%
Depression	36	13,9%	41,7%	19,4%	13,9%	2,8%	8,3%
Minderbegabung	28		14,3%	14,3%	14,3%	10,7%	46,4%
Rentenneurose	17	29,4%	35,3%	17,6%	17,6%		
Kriegsverletzung	11	9,1%	36,4%	27,3%	9,1%	9,1%	9,1%
keine Angaben	12	8,3%					91,7%

Tabelle 14: Ernährungszustand der Patienten nach Diagnosen im prozentualen Vergleich

Die Verteilung war in allen Diagnosegruppen in etwa gleich, es war kein Zusammenhang zwischen einer spezifischen Erkrankung mit einer besonderen Mangelernährung ableitbar.

### 5.3 Kriegsdienst und Syphilisinfection / Kriegsrenten

Es stellte sich die Frage, ob es einen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zwischen der aktiven Teilnahme am Krieg und einer Syphilisinfection gegeben hatte.<sup>131</sup> Dazu wurden die Akten auf entsprechende Einträge in der Anamnese durchsucht.

In den 1011 speziell ausgewerteten Akten war bei 289 Patienten die Teilnahme am Krieg 1914 - 1918 dokumentiert. Bei acht Patienten war die Teilnahme verneint und in 715 Akten gab es keine Angaben.

Von den 289 Kriegsteilnehmern wurden 171 verwundet oder hatten andere Kriegsfolgen. 27 Patienten gaben an, keine Verletzungen erlitten zu haben und für 91 Patienten gab es keine Angaben.

Viele Soldaten waren nach Ausheilung der Verwundung wieder ins Feld zurückgeschickt worden und erlitten erneut - zum Teil sehr schwere - Verwundungen, wurden verschüttet oder litten an Infektionskrankheiten.

Im Militärdienst (Krieg 1914 - 1918) wurden:

verwundet	69
mehrfach verwundet	12
verschüttet	12
erlitten einen Unfall	2
infizierten sich mit Syphilis	25
erkrankten an einer anderen Infektionskrankheit	26
litten an einer anderen Krankheit	25

Bei den Verwundeten wurden Granatsplitterverletzungen, Schussverletzungen, Knochenbrüche, Bajonettstichverletzungen und auch Unfälle dokumentiert. In der Folge mussten einigen Soldaten Gliedmaßen amputiert werden, was zu einer ständigen Behinderung führte. Neben den körperlichen Verletzungen litten viele der Verwundeten und Verschütteten an seelischen Folgen dieser Traumata.

---

<sup>131</sup> Dies vor dem Hintergrund, dass Geschlechtskrankheiten ein Massenphänomen im Ersten Weltkrieg dargestellt hatten, vgl. hierzu: Rauh, Philipp: Von Verdun nach Grafeneck. In: Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Göttingen (2010), S. 54 ff.

Von den 25 Soldaten, die sich während ihrer Dienstzeit mit Syphilis infizierten, wurden vier verwundet, zwei verschüttet und vier erlitten zusätzliche andere Infektionen oder Nervenleiden.

Als Infektionskrankheiten im Felde waren Ruhr, grippale Infekte, die Grippe 1918, Rachen- drüsenentzündungen, Gonorrhoe (vier Soldaten, bei denen auch später keine Lues diagnosti- ziert wurde), Typhus und auch Malaria (bei Auslandseinsätzen) dokumentiert. Bei zwei Sol- daten, die im Krieg wegen Ausschlags behandelt worden waren, wurde in der Klinik Wiesen- grund 1928 eine Syphilis (WaR positiv) diagnostiziert.

Es wurden aber auch Krankheiten dokumentiert, die als Kriegsfolge oder vom Krieg unab- hängige Krankheiten gelten konnten (u. a. Nervenkrankheit, Herzkrankheit, Schwerhörigkeit nach Knalltrauma, Lungenkrankheit, Nierenkrankheit und Magenkrankheit).

Wer als Kriegsversehrter anerkannt wurde, erhielt eine Kriegsrente / Militärrente.<sup>132</sup> Aus den Akten ging nicht eindeutig hervor, ob alle Renten, die die Kriegsteilnehmer erhielten, aus- schließlich Kriegsrenten waren. In einigen Akten war dies explizit dokumentiert, in anderen stand nur die Prozentzahl der Verletzung, meist gab es keine Angaben.

Von den 171 Kriegsbeschädigten war für 42 Patienten eine Rente dokumentiert; davon war bei einem Patienten das Verfahren noch bei Gericht. Die Renten lagen zwischen 15 Prozent und 80 Prozent und waren im Laufe der Jahre teilweise erhöht, reduziert oder entzogen wor- den.

Von den 42 Patienten war bei fünf Patienten dokumentiert, sie seien „abgefunden“ worden. Bei ihnen betrug der Kriegsrentenanspruch 20-, 25-, 30-, 33 1/3- und 40 Prozent. In den Ak- ten war ein Mal das Jahr 1922 und zwei Mal das Jahr 1923 für die Abfindung dokumentiert. Und es gab bei einem Patienten den Eintrag, er habe 80 Prozent Rentenansprüche zu 21000 Mark „kapitalisieren“ lassen. Er hatte im Krieg einen Nackenschuss, einen Bauchsteckschuss und 33 Granatsplitterverletzungen erlitten und musste immer wieder nachoperiert werden. Nach einer Nachoperation wurde er 1932 in die Klinik Wiesengrund eingewiesen. Zu diesem

---

<sup>132</sup> Insgesamt wurden in Deutschland nach dem Krieg 600.000 Rentenberechtigungen anerkannt, wobei sich bei 50% der Fälle der Anspruch auf Erkrankungen aus dem psychiatrischen Gebiet ableitete. (vgl. hierzu die Einleitung in Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Göttingen (2010), S. 17). 1934 kam es dann zu einer Gesetzesänderung, da man die Ursache der Rentenneurose im 1920 eingeführten Reichsversorgungsgesetz sah. Nach dessen Änderung wurde ab 1934 Kriegsveteranen, die aufgrund psychischer Symptome berentet worden waren, die Rente aberkannt (vgl. Crouthamel, Jason: „Hysterische Männer“? Traumatisierte Veteranen des Ersten Weltkrieges und ihr Kampf um Anerkennung im Dritten Reich. In: Quinkert/Rauh/Winkler, S. 34-36).

Zeitpunkt war der Patient 46 Jahre alt, hatte keinen Rentenanspruch mehr und auch keinen Anspruch auf einen medizinischen Versorgungsschein (vom Militär). Er lebte von der Wohlfahrt. Das Wohlfahrtsamt Charlottenburg war als Kostenträger dokumentiert.

Bei 13 Patienten war „keine Rente“, „keine Militärrente“ oder „Rentenantrag abgelehnt“ dokumentiert und für 116 Patienten gab es keine Angaben.

Ein direkter Zusammenhang zwischen Kriegsteilnahme und vermehrter Syphilisinfektion konnte nicht nachgewiesen werden. Die größte Gruppe bildeten auch bei dieser Auswertung die Patienten, für die es keine Angaben gab.

#### **5.4 Der Zustand der Patienten bei der Entlassung / Entlassungsgrund**

In den 1011 Akten waren für 718 Patienten (71 Prozent) entweder der Zustand bei der Entlassung oder der Entlassungsgrund dokumentiert. In 293 Akten (29 Prozent) gab es keine Angaben. Die Angaben der behandelnden Ärzte wurden für die Auswertung in Gruppen zusammengefasst.

Der Zustand bei der Entlassung / der Entlassungsgrund war:

1. gebessert	428
2. ungebessert	142
3. auf eigenen Wunsch	27
4. disziplinarisch / in Abwesenheit	30
5. verlegt / verschlechtert	87
6. verstorben	4
7. Es gab keine Angaben	293

Zu den zusammengefassten Gruppen gehören die unten aufgeführten Angaben, in Klammern ist die Häufigkeit der Nennung angegeben.

1. gebessert: gebessert (424), arbeitsfähig (4)

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| 2. ungebessert:                      | ungebessert (137), arbeitsunfähig (5)     |
| 4. disziplinarisch / in Abwesenheit: | disziplinarisch (10), in Abwesenheit (20) |
| 5. verlegt / verschlechtert:         | verlegt (84), verschlechtert (3)          |

Interessant war noch zu ermitteln, welche Gründe es neben dem unerlaubten Verlassen / Entweichen aus der Klinik für die zehn disziplinarischen Entlassungen gab.

- |   |   |
|---|---|
| Der Patient trank Alkohol in der Klinik oder kam betrunken aus dem Urlaub zurück                            | 4 |
| Der Patient hatte einen anderen Patienten geschlagen  | 1 |
| Der Patient führte unflätige Redensarten gegen andere Patienten, war nicht korrigierbar                     | 1 |
| Entlassung wegen mala voluntas (Böswilligkeit)  | 1 |
| Der Patient hatte gegen ausdrückliches ärztliches Verbot (zwei Patienten zu Silvester) die Klinik verlassen | 3 |

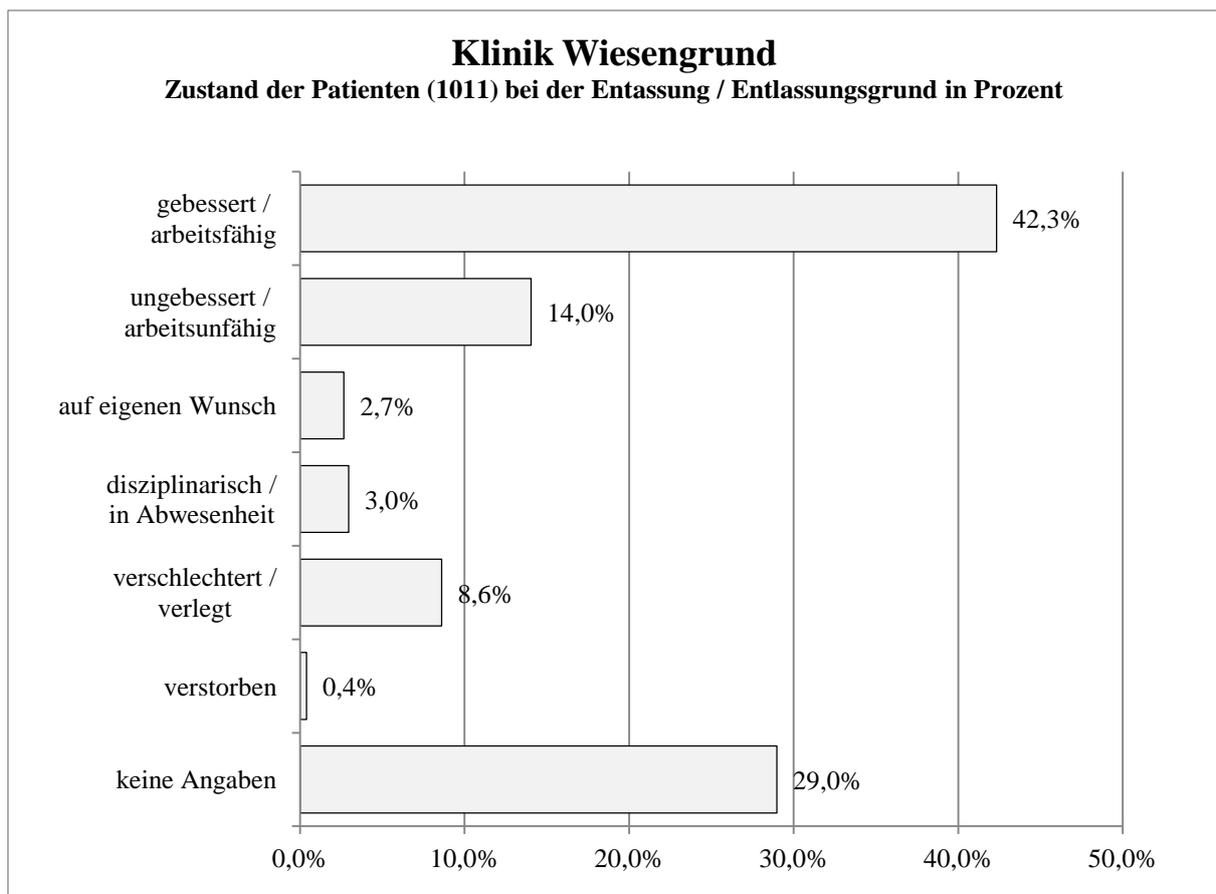


Diagramm 15: Zustand der Patienten bei Entlassung

Diagnose	Pat.	gebessert	ungebessert	eigener Wunsch	disziplin. in Abw.	verschl. verlegt	verstorben	keine Angaben
Neurosyphilis	338	170	40	12	6	62	2	46
Psychopathie	128	64	14	5	7	3		35
neurologische Erkrankung	112	32	31	1	3	9		36
Erschöpfung	85	43	9	1	2	2	1	27
zur Beobachtung	74	10	10					54
andere	76	33	9	2	2	5		25
Schizophrenie	27	5	5	3	1	3		10
Sucht	19	7	1	1	2	2		6
Unfallfolgen	48	18	8		1			21
Depression	36	23	4	2		1	1	5
Minderbegabung	28	7	5		1			15
Rentenneurose	17	11	2		1			3
Kriegsverletzung	11	5	3					3
keine Angaben	12		1		4			7

Tabelle 15: Zustand der Patienten bei Entlassung / Entlassungsgrund nach Diagnosen

Diagnose	Pat.	gebessert	ungebessert	eigener Wunsch	disziplin. in Abw.	verschl. verlegt	verstorben	keine Angaben
Neurosyphilis	338	50,3%	11,8%	3,6%	1,8%	18,3%	0,6%	13,6%
Psychopathie	128	50,0%	10,9%	3,9%	5,5%	2,3%		27,3%
neurologische Erkrankung	112	28,6%	27,7%	0,9%	2,7%	8,0%		32,1%
Erschöpfung	85	50,6%	10,6%	1,2%	2,4%	2,4%	1,2%	31,8%
zur Beobachtung	74	13,5%	13,5%					73,0%
andere	76	43,4%	11,8%	2,6%	2,6%	6,6%		32,9%
Schizophrenie	27	18,5%	18,5%	11,1%	3,7%	11,1%		37,0%
Sucht	19	36,8%	5,3%	5,3%	10,5%	10,5%		31,6%
Unfallfolgen	48	37,5%	16,7%		2,1%			43,8%
Depression	36	63,9%	11,1%	5,6%		2,8%	2,8%	13,9%
Minderbegabung	28	25,0%	17,9%		3,6%			53,6%
Rentenneurose	17	64,7%	11,8%		5,9%			17,6%
Kriegsverletzung	11	45,5%	27,3%					27,3%
keine Angaben	12		8,3%		33,3%			58,3%

Tabelle 16: Zustand der Patienten bei Entlassung im prozentualen Vergleich

Der Zustand bei der Entlassung war bei 428 Patienten (42,3 Prozent) als gebessert angegeben, was bei dieser Auswertung die größte Gruppe bildet. Bei 142 Patienten (14,4 Prozent) war keine Besserung und bei 87 Patienten (8,6 Prozent) eine Verschlechterung, die in 84 Fällen zu einer Verlegung führte, dokumentiert.

Wie aus der vergleichenden Betrachtung ersichtlich ist, gab es große Unterschiede.

Bei Patienten mit der Diagnose Depression oder Rentenneurose lag der Anteil der Besserungen bei über 60 Prozent. Bei Patienten mit der Diagnose Neurosyphilis, Psychopathie oder Erschöpfung noch bei über 50 Prozent.

Bei Patienten, die zur Beobachtung waren, war bei 13,5 Prozent gebessert und bei 13,5 Prozent ungebessert dokumentiert; der Anteil, für den es keine Angaben gab, lag hier bei 73 Prozent.

Insgesamt gab es von den 1011 Akten nur vier, bei denen dokumentiert war, dass der Patient in der Klinik Wiesengrund verstorben war, das entspricht einem Anteil von 0,4 Prozent.

(Sektionen fanden durch Dr. Bender statt, in den einzelnen Akten fanden sich aber keine Sektionsberichte. In den Sektionsbüchern der Wittenauer Heilstätten fanden sich keine Einträge von Patienten der Klinik Wiesengrund, so dass hier am ehesten auch eine gesonderte Dokumentation existiert haben muss.)

## **6 Die Malariatherapie der Neurosyphilis**

Da der überwiegende Teil der Patienten der Klinik Wiesengrund an den Spätfolgen einer Syphilisinfektion litt, wurde darauf ein spezielles Augenmerk gelegt. Vor allem die Malariatherapie spielte eine wesentliche Rolle in der Behandlung der Neurosyphilis, so dass im Folgenden zunächst die Syphilis mit ihren Erscheinungsformen beschrieben und danach eine ausführlich Darstellung der Malariatherapie gegeben wird.

An dieser Stelle ist erwähnenswert, dass es im „Praktischen Schatz der Heilkunde“ heißt: „Unsere Irrenanstalten würden nur die halbe Anzahl ihrer Pfleglinge beherbergen, wenn es Geschlechtskrankheiten nicht mehr gäbe; denn diese sind in etwa 50 Prozent aller Fälle die Ursache der unheilbaren Geistesstörungen.“<sup>133</sup> Dies entspricht in etwa der Verteilung in der Männerklinik Wiesengrund.

### **6.1 Die Syphilis und ihre Erscheinungsformen**

Bei der Syphilis handelt es sich um eine durch das Bakterium *Treponema pallidum* hervorgerufene und in der Regel beim Geschlechtsverkehr übertragene Geschlechtskrankheit.

Synonym verwendet man noch heute die Begriffe Lues (venera) oder auch harter Schanker. Früher nannte man sie nach dem Entdecker des Erregers „Schaudinn-Krankheit“.<sup>134</sup>

Grob wird die Syphilis heute in zwei Phasen eingeteilt, Frühsyphilis und Spätsyphilis. In der Frühphase, unmittelbar nach Infektion via Geschlechtsverkehr, findet sich nur wenige Stunden später der Erreger im Blut. Innerhalb einer Inkubationszeit von im Mittel drei Wochen (möglich zehn bis 90 Tage) bildet sich am Eintrittsort der Infektion eine Papel, deren Größe zwischen der eines Stecknadelkopfes und eines Zwei-Euro-Stückes variiert. Aus dieser entwickelt sich dann im Verlauf ein völlig schmerzloses Geschwür, dessen Randsaum sehr derb ist, woher der Name *Ulcus durum* oder harter Schanker rührt. In den meisten Fällen tritt der sogenannte Primäraffekt am Eintrittsort der Infektion auf, kann sich aber auch an anderen Körperstellen befinden. Im Verlauf tritt dann eine erst regionale, später generalisierte Lymph-

---

<sup>133</sup> Bergmann, Paul: Praktischer Hausschatz der Heilkunde. Heinrich Killinger, Verlagsgesellschaft m.b.H. Nordhausen am Harz (etwa 1930), S. 752

<sup>134</sup> Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage. Berlin (2007), S. 1876

knotenschwellung auf, die über wenige Wochen bis einige Monate persistieren kann; lange Zeit, nachdem der Primäraffekt bereits abgeheilt ist. Die Kombination aus Primäraffekt und Lymphknotenschwellung ist der sogenannte Primärkomplex. Nach circa zwei bis drei Monaten können dann allgemeine Krankheitssymptome wie Fieber, Abgeschlagenheit, Kopf- und Gliederschmerzen auftreten. Diese Phase wird auch Sekundärstadium genannt und kann sich sehr vielgestaltig präsentieren. Typisch für das Sekundärstadium ist ein generalisiertes, nässendes, stammbetontes Ganzkörperexzem, wobei man in den ekzematösen Veränderungen eine massive Ansammlung des Erregers findet. In dieser Phase der Erkrankung ist eine hohe Ansteckungsgefahr durch den Ausschlag gegeben. Daneben können auch Condylomata lata (nässende, breitbasig aufsitzende papulöse Hautbezirke in intertriginösen Bereichen) und Plaques muqueuses (weiße Papeln auf der Schleimhaut) auftreten, die ebenfalls reichlich Spirochäten enthalten und somit als hoch infektiös zu betrachten sind. Ferner kann sich ein meist kreisrunder Haarausfall einstellen, der im Kopfhaar- und Bartbereich auftreten kann. Diese Symptome klingen auch unbehandelt von allein innerhalb eines Zeitraumes von zwei bis acht Wochen ab. Es folgt die Latenzphase, die durch das Fehlen klinischer Symptome gekennzeichnet ist. Sie setzt Monate bis maximal zwei Jahre post infectionem ein und kann wenige Monate bis viele Jahre, sogar Jahrzehnte anhalten. Wenn dann erneut syphilitische Krankheitserscheinungen auftreten, spricht man von der Spätsyphilis bzw. dem Tertiärstadium. Diese Form tritt bei circa einem Drittel der nicht behandelten Patienten auf und äußert sich in granulomatösen Veränderungen, die in allen Organen auftreten können (sogenannte syphilitische Gummien). Eine kardiale Komplikation kann hier die Endarteriitis obliterans sein, die vor allem die versorgenden Gefäße der Aorta befällt und so zu einem Aortenaneurysma führen kann. Treten zerebrale Symptome auf, spricht man von Neurosyphilis. Diese kann sich Jahre bis Jahrzehnte nach stattgehabter Syphilisinfektion manifestieren. Findet man Auffälligkeiten im Liquor (in Form einer Pleozytose und Eiweißerhöhung) ohne klinische Symptome, spricht man von einer asymptomatischen Neurosyphilis.<sup>135</sup>

Dass die Geschlechtskrankheiten zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine viel bedeutendere Rolle gespielt haben als heute, zeigt sich anhand der Ausführlichkeit, in der in der Fachliteratur darüber berichtet wurde. In der vierten Auflage des psychiatrischen Lehrbuchs Bleulers sind 25 Seiten den „syphilitischen Psychosen“ und der „Dementia paralytica“ gewidmet. In dessen 15. Auflage von 1983 sind es noch elf Seiten, wobei viele Abbildungen von Patienten und Handschriftproben darunter sind. Im Lehrbuch für Psychiatrie der Dualen Reihe aus dem Jahr 2001 werden zwei Seiten dem Thema Syphilis gewidmet. Im Lehrbuch der Nervenkrankheiten für

---

<sup>135</sup> Pschyrembel, S. 1876

Ärzte und Studierende von Prof. Oppenheim von 1913 befassen sich allein 45 Seiten mit der Beschreibung der Erscheinungsform der Tabes dorsalis und weitere 27 Seiten beschäftigen sich mit der progressiven Paralyse bzw. der Dementia paralytica. In der Dualen Reihe für das Fach Neurologie wird auf vier Seiten auf das Thema Neurosyphilis eingegangen. In der vierten Auflage des Lehrbuches für Neurologie von Dichgans umfasst die Auseinandersetzung mit der Neurosyphilis sechs Seiten.

Im Praktischen Hausschatz der Heilkunde (ca. 1930) sind allein 53 Seiten ausschließlich den Geschlechtskrankheiten und im überwiegenden Teil der Syphilis gewidmet. Da die Beschreibung der Symptome und des Krankheitsverlaufes sehr plastisch dargestellt wurde, soll sie an dieser Stelle zitiert werden:

„Es ist keine übertriebene, sondern eine durchaus berechtigte Behauptung, daß die Syphilis als Inbegriff aller körperlichen Leiden anzusehen ist. Denn sogar die ihr an Furchtbarkeit am nächsten kommende chronische Krankheit, die Tuberkulose, begnügt sich damit, in diesem oder jenem Organ aufzutreten und dort, z.B. in den Lungen oder einem Knochengelenk, eng umschriebene Krankheitsherde zu bilden.

Die Syphilis hingegen tut ganze Arbeit, sie umfaßt mit ihren gierigen Krallen den gesamten Körper, es gibt keinen Körperteil, kein Gewebe oder Organsystem, in welchem sie nicht erscheinen könnte, und wenn sie auch nicht überall zu gleicher Zeit Krankheitsprozesse hervorruft, sondern dabei, wie wir noch sehen werden, eine gewisse planmäßige Reihenfolge beobachtet, so ist es doch ganz sicher, daß sie nicht wie andere Krankheitsgifte nur an der einen Stelle, wo sie gerade eine Krankheitserscheinung hervorgerufen hat, zu suchen ist, sondern daß sie zur gleichen Zeit den ganzen Körper in allen seinen Lebensäußerungen beherrscht und daß sie früher oder später, oft ganz unerwartet, in jedem beliebigen Organ unter den mannigfachsten Entzündungsformen hervortreten kann.

Die Syphilis vermag dank dieser Vielgestaltigkeit ihrer Wirkung sich hinter den verschiedenen Masken zu verbergen, mit welchen sie nur allzu oft die Unkundigen täuscht, und welche nur der Blick des erfahrenen Arztes zu durchdringen vermag. Bald erscheint sie unter der Form des unschuldig aussehenden Hautausschlages, bald plagt sie den Kranken mit Schmerzen und Beschwerden, welche ganz denen der Neurasthenie ähneln, dann aber spielt sie die Rolle einer Leber- oder Nierenentzündung, oder sie befällt die Sinnesorgane, um ihr Opfer mit Blindheit und Taubheit zu schlagen, oder aber sie täuscht gar ein seelisches Leiden vor, indem sie langsam das Gehirn ergreift und dort in

schleichender Weise Größenwahnsinn, Verfolgungsangst, Zwangsideen und andere Störungen der Geistestätigkeit verbreitet.“<sup>136</sup>

Neben dem körperlichen Leiden bedeutete eine Geschlechtskrankheit für den Betroffenen eine Stigmatisierung und aufgrund der Häufigkeit des Vorkommens stellte die Syphilis auch ein volkswirtschaftliches Problem dar. Dies ist im Praktischen Hausschatz der Heilkunde treffend und anschaulich beschrieben:

„Während wir in den anderen ... Krankheiten einen Schicksalsschlag sehen, ... geschieht es nur allzu oft, daß das Mitleid mit den Opfern der Geschlechtskrankheiten abgeschwächt oder gerade zu verdrängt wird durch den naheliegenden Gedanken, daß sie sich ihr Leiden durch Überschreitung des Sittengebots und durch eigene Schuld zugezogen haben.“<sup>137</sup> Ferner heißt es, jährlich müssten „hunderte von Millionen Mark“ aufgewandt werden zur Behandlung der Geschlechtskranken.

Da vor allem die Spätform der Syphilis häufig auftrat und zur Pflegebedürftigkeit sowie zu frühem Tod führen konnte und auch häufig zur Malariatherapie führte, ist es wichtig, sich die einzelnen Ausprägungsformen der Syphilis genau zu betrachten.

### **6.1.1 Tabes dorsalis, progressive Paralyse, Dementia paralytica**

Heute werden klinisch drei wesentliche Präsentationsformen unterschieden: die meningovaskuläre Neurosyphilis mit Hirninfarkten, die progressive Paralyse und die Tabes dorsalis.

Die meningovaskuläre Neurosyphilis kann bereits ein Jahrzehnt nach Erstinfektion auftreten und ist gekennzeichnet durch Sehstörungen, Lähmungserscheinungen mit infarktähnlichem Beginn, Kopfschmerzen und Hörverlust. Seltener können auch Symptome einer chronischen Meningitis auftreten.

Die tabische Neurosyphilis oder auch Tabes dorsalis kann fünf bis 25 Jahre nach Erstinfektion auftreten. Vorwiegend sind die Beine betroffen in Form einer Gangataxie, plötzlich einschlie-

---

<sup>136</sup> Praktischer Hausschatz der Heilkunde, S. 789.

<sup>137</sup> Praktischer Hausschatz der Heilkunde, S. 751.

ßenden, „lanzierenden“ Schmerzen. Aber auch hier sind Sehstörungen sowie abdominelle Krisen mit massiven Schmerzen möglich.

Die paralytische Neurosyphilis, oder progressive Paralyse, setzt am spätesten ein, Jahrzehnte post infectionem. Häufig präsentiert sich diese Form klinisch durch eine Wesensänderung des Patienten, chronische Kopfschmerzen und eine zunehmende Sprachstörung. Im Verlauf setzt häufig ein dementieller Prozess ein, der mit Halluzinationen, Größenwahn und aggressivem Verhalten einhergehen kann.

Unbehandelt können bei allen Formen Harn- und Stuhlinkontinenz im Verlauf hinzutreten. Die progressive Paralyse kann zu Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit und innerhalb weniger Jahre zum Tod führen.

Da die Spätsyphilis heute eine sehr seltene Erkrankung ist, wird in den aktuellen Lehrbüchern wenig auf die Symptomatologie eingegangen. Dies war in Lehrbüchern zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch anders.

Eugen Bleuler (1857-1939) schrieb in seinem Lehrbuch der Psychiatrie zu den syphilitischen Psychosen: „Die organisch-nervösen Symptome können so ziemlich alle Formen annehmen, die überhaupt vom Schädel- und Rückenkanalinhalt aus bewirkt werden.“<sup>138</sup>

Im Lehrbuch der Nervenkrankheiten von 1913 unterschied Hermann Oppenheim (1857-1919) zwischen zwei wesentlichen Erscheinungsformen der Spätsyphilis, zwischen der progressiven Paralyse und der Tabes dorsalis, wobei er die Dementia paralytica unter progressiver Paralyse subsummierte. Die genaue Beschreibung der Symptome erscheint hier wichtig, damit nachvollziehbar ist, vor welchen Problemen die Nervenheilkunde zu Beginn des 20. Jahrhunderts stand.

### **Progressive Paralyse**

Zur „progressive[n] Paralyse der Irren (Dementia paralytica)“<sup>139</sup> schrieb Oppenheim, diese trete sehr verbreitet in großen Städten auf.<sup>140</sup> Es seien vor allem Männer im Alter von 30 bis 50 Jahren betroffen, aber auch die Erkrankungshäufigkeit von Frauen nehme zu.<sup>141</sup> Bei 92 Prozent aller Paralytiker finde man einen positiven Wassermann-Test im Serum und bei 89

---

<sup>138</sup> Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin (1923), S. 182

<sup>139</sup> Oppenheim, Hermann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Sechste Auflage. Berlin (1913), S. 1287

<sup>140</sup> Nach Kraepelin wurden die Großstädte als „Brutstätten der Paralyse“ bezeichnet (vgl. Oppenheim, S. 1290).

<sup>141</sup> Oppenheim, S. 1287

Prozent im Liquor. Zwischen der Ansteckung und dem Ausbruch der Erkrankung liege ein Zeitraum von fünf bis 20 Jahren.<sup>142</sup>

Als Kardinalsymptome der progressiven Paralyse wurden der fortschreitende Verfall der Intelligenz, Sprachstörungen, paralytische Anfälle und eine reflektorische Pupillenstarre gesehen. Dabei war die Sprachstörung ein sehr spezifisches Symptom und wurde häufig als „Silbenstottern“ beschrieben. Im Verlauf kam es dann zu Wesensänderungen, Stimmungsanomalien, schneller Erschöpfbarkeit, Änderung des Sozialverhaltens und einer allgemeinen Abstumpfung gegenüber der Familie.<sup>143</sup> Zur Betonung der sozialen Auswirkungen wurden einige Fallbeispiele gegeben, die im Folgenden zitiert werden sollen, um die Auswirkungen für das Leben des Betroffenen zu verdeutlichen:

„Ein Paralytiker setzte sich auf offener belebter Straße am hellen Tag hin, um seine Exkremente zu entleeren, ein anderer goß den Champagner den Damen in die Taschen, ein Dritter rief in der Straßenbahn fremden Damen zu, sie möchten sich auf seinen Schoß setzen,...“<sup>144</sup>

Im Verlauf wurde eine Zunahme der neurologischen Ausfälle in Form von Facialisparesen, Zittern der Lippen- und Zungenmuskulatur mit zunehmendem Auftreten von tabischen Symptomen festgestellt. Häufig wurde daher die Diagnose „Taboparalyse“ gestellt, da das klinische Bild oft fließend war und nicht eindeutig und strikt zwischen den unterschiedlichen Symptomenkomplexen unterschieden werden konnte.<sup>145</sup> Von wesentlicher klinischer Bedeutung war, dass der Verlauf der Erkrankung stetig fort schritt. „Zwei bis drei Jahre nach Beginn des Leidens ist die Geistesschwäche bis zur Verblödung fortgeschritten, die Sprachstörung hat sich bis zu dem Maße gesteigert, daß der Kranke sich kaum noch verständlich machen kann. Schließlich kann die Sprache ganz erlöschen. Der Gesichtsausdruck bekundet den völligen Verfall der Intelligenz. Das Gehen wird immer schwieriger, schließlich unmöglich. Harn und Stuhl läßt der Patient unter sich, beschmutzt sich mit den Exkrementen etc. ... Der Tod erfolgt schon innerhalb der ersten zwei bis drei Jahre, es gibt selbst eine galoppierende Form der Paralyse, die in wenigen Wochen resp. Monaten tödlich verläuft.“<sup>146</sup> Der Verlauf gehe bei Frauen etwas langsamer voran als bei Männern. Der Tod trete durch Abmagerung, Pneumonie, Decubiti oder Zystitis auf. Selten wurden Spontanremissionen beschrieben, die sich aber an eine Infektion anschlossen: „Oft war es eine interkurrente fieberhafte Krankheit, nament-

---

<sup>142</sup> Oppenheim, S. 1289

<sup>143</sup> Oppenheim, S. 1293

<sup>144</sup> Oppenheim, S. 1294

<sup>145</sup> Oppenheim, S. 1298

<sup>146</sup> Oppenheim, S. 1300

lich Erysipel..., Typhus..., Pneumonie oder eine profuse Eiterung, an welche sich die Remission anschloß. Auf diese Tatsache stützen sich moderne Bestrebungen der Therapie“<sup>147</sup>

Zur weiteren Behandlung schrieb Oppenheim: „Der Paralytiker gehört im floriden Stadium der Erkrankung in die geschlossene Anstalt...“, deshalb darf man bei schweren Störungen „namentlich den rechten Termin für die Bestellung eines Pflegers bzw. die Entmündigung nicht versäumen“.<sup>148</sup> Auf die Erkrankung wirke sich Ruhe und eine gute Ernährung besonders günstig aus. Therapeutisch würden Jodkali- und Quecksilberbehandlungen nicht anschlagen und auch Salvarsan sei enttäuschend.<sup>149</sup>

In der anatomischen Betrachtung fand man Veränderungen des Gehirns in Form von:

- Atrophischer Großhirnrinde
- Verwachsung der Pia mater mit dem Hirn; diese sei ferner verdichtet und getrübt
- Hydrocephalus externus durch Rindenatrophie
- Pachymeningitis interna haemorrhagica an der Dura mater
- Hirngewichtsreduktion auf 900 - 1000 g (Normalgewicht mit 1400 angegeben)
- Herderkrankungen durch „lokale Erweichung“
- Häufige Betroffenheit der Augenmuskelkerne im Hirnstamm
- Graue Degeneration der Nn. optici
- Häufig eine Mitbeteiligung des Rückenmarks.<sup>150</sup>

In der Summe sah man im anatomisch-pathologischen Korrelat vor allem eine krankhafte Veränderung der Hirnrinde.

### **Tabes dorsalis**

Moritz Heinrich Romberg (1795-1873) verbreitete in seinem Lehrbuch den Begriff der Tabes dorsalis und Ernst von Leyden (1832-1910) beschrieb bei Tabes dorsalis anatomisch die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge mit Hinterwurzeldegeneration und entwickelte so die „sensorische Theorie der tabischen Ataxie“.<sup>151</sup> Im Volksmund wurde die Tabes dorsalis auch „Rückenmarkschwindsucht“ genannt. Sie nahm die erste Stelle der Rücken-

---

<sup>147</sup> Oppenheim, S. 1302

<sup>148</sup> Oppenheim, S. 1309

<sup>149</sup> Oppenheim, S. 1309-1310

<sup>150</sup> Oppenheim, S. 1291-1293

<sup>151</sup> Holdorff, Bernd und Wolter, Manfred: Weitere Berliner Beiträge zur Semiologie und Nosologie aus der Gründerzeit der Neurologie. In: Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin (2001), S. 198

markserkrankungen ein. Männer waren häufiger betroffen als Frauen und es betraf vornehmlich Patienten des mittleren Lebensalters. Auch die Tabes stellte eine Folgerkrankung der Syphilis dar, die fünf bis 15 Jahre post infectionem entstehen kann.

Das Frühstadium konnte gekennzeichnet sein durch:

- Fehlen des Kniephänomens (Westphalsches Zeichen<sup>152</sup>) und des Fersenphänomens
- Reflektorische Pupillenstarre bei erhaltener Konvergenzreaktion (Argyll-Robertson-Phänomen)
- Lanzierende Schmerzen (heftig, blitzartig auftretend) vornehmlich in den Beinen
- Analgesie der unteren Extremität und taktile Hypästhesien am Rumpf
- Abdominalschmerzen oder „Gürtelschmerzen“ bis hin zu abdominellen Krisen
- Schwanken beim Augenschluss (Romberg-Zeichen)
- Erschwerung der Harnentleerung
- Abnahme der Potenz

Im Vollbild konnten dann vorhanden sein:

- Gangataxie (nicht durch motorische Schwäche sondern durch Inkoordination) mit charakteristischer Gangstörung<sup>153</sup>
- Befall der oberen Extremitäten
- Atonie der Muskulatur
- Parästhesien in Form von Kribbeln und Taubheitsgefühlen
- Harn- und Stuhlinkontinenz (Incontinentia alvi et urinae)
- Vollständige Impotenz
- Sehnervenatrophie mit Visusminderung
- Gastrische Krisen mit krampfartigen Brechanfällen
- Trophische Störungen der Muskulatur
- Arthropathie tabétique (vor allem am Knie und Fuß mit charakteristischer Beinstellung)<sup>154</sup>

Diagnostisch spielte vor allem eine genaue klinische Beschreibung die Hauptrolle. Da die Wassermann'sche Reaktion bei einigen gesicherten Tabikern negativ ausgefallen war, wurde zur Lumbalpunktion kritisch bemerkt: „ Da nun die Lumbalpunktion ... kein ganz gleichgültiger Eingriff ist und die Diagnose der Tabes meist auf dem gewöhnlichen Wege der klini-

---

<sup>152</sup> Benannt nach dem deutschen Psychiater und Neurologen Carl Friedrich Otto Westphal (1833-1890)

<sup>153</sup> Wie diese in Thomas Manns Zauberberg beschrieben wird beim General, „dessen Gang nichts Gutes“ verhiß.

<sup>154</sup> Oppenheim, S. 170-194

schen Diagnostik gestellt werden kann, sollte man sich nur in zweifelhaften Fällen, in denen die Entscheidung im Interesse des Kranken erwünscht ist, zur Anwendung dieses Verfahrens entschließen.<sup>155</sup> Die Prognose wurde als „ganz ungünstig“ beschrieben, wenngleich als zeitlicher Rahmen 20 Jahre angegeben wurden. Lediglich bei frühem Einsetzen von Blasenstörungen schreite die Erkrankung schnell fort.

Im pathologischen Korrelat wurde eine graue Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks beschrieben.

Als therapeutisch wichtig wurde der Einsatz physikalischer Behandlungen gesehen.

Dabei wurde vor allem galvanischer Strom und faradayischer Strom an den Regionen des Körpers eingesetzt, an denen Parästhesien oder Anästhesien beschrieben waren. Der „Strom [sollte] so stark sein, daß er eben als schmerzhaft empfunden zu werden beginnt, aber noch keine Muskelzuckungen auslöst“.<sup>156</sup> Eine Sitzung sollte dabei circa zehn Minuten dauern. Ferner wurden Hydro- und Balneobehandlungen in Form von Solebädern, „einfach lauen Bädern“ und kalten Abreibungen als hilfreich erachtet. Schließlich sollte auch Physiotherapie in Form von Massagen, Gymnastik, Dehnübungen und Koordinationsübungen stattfinden. Vor allem sei aber körperliche Schonung wichtig nebst einer kräftigen Ernährung.<sup>157</sup>

Zwar wurde damals und wird auch heute noch zwischen unterschiedlichen Erscheinungsformen der Neurosyphilis unterschieden, es handelt sich bei allen Symptomenkomplexen jedoch stets um eine späte Erscheinungsform der Syphilis. In einer Dissertation über die Tabes und die progressive Paralyse bei Ehegatten wird Adolf von Strümpell (1853-1925) zitiert: „Beide Zustände, sagt Strümpell treffend, sind einander ganz analog und beigeordnet. Beide sind nur verschiedene Lokalisationen desselben Krankheitsprozesses.“<sup>158</sup>

Zusammengefasst kommt es bei der progressiven Paralyse zur Atrophie des Gehirns, während bei der Tabes dorsalis eine Atrophie des Rückenmarks stattfindet.

---

<sup>155</sup> Oppenheim, S. 194

<sup>156</sup> Oppenheim, S. 206

<sup>157</sup> Oppenheim, S. 204-206

<sup>158</sup> Gottschalk, Salomon: Tabes und progressive Paralyse bei Ehegatten. Inaugural-Dissertation. Würzburg (1899), S. 42

## 6.2 Geschichtliche Aspekte der Syphilis

Erstmals trat die Syphilis 1495 in Europa auf, als Karl der VIII. von Frankreich Neapel belagerte. Der Befall der französischen Armee mit einer unbekanntem Krankheit zwang zum Abbruch des Feldzuges.<sup>159</sup> Die Franzosen nannten sie „die großen Pocken“; der Rest Europas nannte sie „die französische Krankheit“. Es ist bis heute nicht abschließend geklärt, wo die Erkrankung ihren Ursprung nahm. Eine häufig vertretene Annahme besagt, dass Christoph Kolumbus (1451-1506) diese 1493 mit seiner Mannschaft mitgebracht habe.<sup>160</sup>

1530 wurde vom italienischen Arzt Girolamo Fracastoro (1483-1553) ein Gedicht veröffentlicht mit dem Titel: „Syphilis oder die französische Krankheit“ - „Syphilis sive Morbus Gallicus“, welches die Qualen eines an Syphilis erkrankten Schäfers beschrieb und die Schwere der Symptome darstellte.<sup>161</sup> Die Krankheit verlief in der Regel fulminant und endete häufig mit dem Tod. Bis Mitte des 16. Jahrhunderts stellte die Syphilis ein großes Problem dar, dann ebte sowohl die Häufigkeit des Auftretens als auch der Schweregrad der Symptome ab. Eine zweite Erkrankungswelle begann im Rokoko. Das Tragen von Perücken galt zu dieser Zeit als „modern“, da man so versuchte, den durch Syphilis bedingten Haarausfall zu verdecken. Die dritte Erkrankungswelle gab es zur Zeit der napoleonischen Kriege, zuletzt trat die Syphilis vermehrt im Ersten und Zweiten Weltkrieg auf.<sup>162</sup>

„Im Ersten und im Zweiten Weltkrieg nahm die Ansteckung mit Geschlechtskrankheiten deutlich zu.... Im ersten Weltkrieg bekamen Soldaten, die an Syphilis oder Tripper erkrankt waren, keinen Sold mehr.“<sup>163</sup> Dies war als Abschreckungsmaßnahme gedacht. So versuchte man der Gefahr Herr zu werden, dass die Scharen der heimkehrenden Soldaten eine Syphilis zurück in ihre Familien trugen. Obwohl es schon Kondome gab, wurde von deren Gebrauch abgeraten, „weil man glaubte, dadurch zügelloses Verhalten zu fördern.“ Später stand mehr „die öffentliche Gesundheit, die Familie und die Sozialfürsorge“ im Vordergrund.<sup>164</sup>

Erschwert wurde eine genaue geschichtliche Zuordnung dadurch, dass neben der Syphilis zuvor bereits sexuell übertragbare Krankheiten bekannt waren. Die Gonorrhoe, auch Tripper genannt, gab es schon seit der Antike. Mit Ausbreitung der Syphilis in Europa glaubten viele,

---

<sup>159</sup> Dobson, Mary: Seuchen die die Welt veränderten. National Geographic History (2007), S. 29

<sup>160</sup> Dobson, S. 30

<sup>161</sup> Hahn, Helmut: Treponemen. In: Hahn, Helmut, Falke, Dietrich und Klein, Paul (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 458

<sup>162</sup> Hesse, Peter G. und Hohmann, Joachim S.: Friedrich Schaudinn (1871-1906), Sein Leben und Wirken als Mikrobiologe, Eine Biographie. Frankfurt am Main (1995), S. 6-7

<sup>163</sup> Dobson, S. 34

<sup>164</sup> Dobson, S. 34

es handele sich um die gleiche Krankheit. „Die schweren Symptome der Syphilis hielt man für eine Steigerung. Sie würden vom gleichen venerischen Gift hervorgerufen, das sich weiter im Körper ausbreite.“<sup>165</sup> Da beide Krankheiten über den Geschlechtsakt übertragen wurden und der Auslöser der Erkrankungen noch lange Zeit nicht bekannt sein sollte, ist diese Annahme retrospektiv verständlich. Erst 1879 wurden durch Albert Neisser (1855-1916) die Gonokokken als Erreger der Gonorrhö entdeckt und nach ihm *Neisseria gonorrhoeae* genannt. Durch diese Entdeckung wurde eine klare Trennung der beiden Krankheiten möglich.<sup>166</sup>

Ungeachtet der genauen Herkunft der Erkrankung erwies sich die Syphilis als ein großes gesundheitliches Problem für den Einzelnen wie für die Bevölkerungsstruktur insgesamt.<sup>167</sup>

### **Die Entdeckung des Erregers**

Anfang des 20. Jahrhunderts begründete die Zunahme der Syphilis beim Militär das staatliche Interesse an der Erforschung dieser Erkrankung. Aufgrund der Sorge des Kaisers um die Gesundheit seines Heeres wurde im Februar 1905 durch das Kaiserliche Gesundheitsamt eine Kommission ins Leben gerufen, die Untersuchungen an syphilitischem Material durchführen sollte. Der Zoologe Fritz Schaudinn (1871-1906) sollte den parasitologischen Teil der Untersuchungen übernehmen, Neufeld, ein Kollege Schaudinns, den experimentellen Teil und Erich Hoffman (1868-1959) die histologischen Untersuchungen. In ihrer Biographie über Schaudinn beschreiben Hesse und Hohmann, dass er am 3. März 1905 in seinem Zeissmikroskop in einem „ungefärbten (!) Präparat aus dem Saft einer syphilitischen Papel der Mundschleimhaut einer 25-jährigen Frau... feine, korkenzieherartige Gebilde, also Spirochäten“ sah.<sup>168</sup> So wurde zwar der Erreger der Syphilis an diesem Tag gesehen; eine Abgrenzung zu Spirochäten, die andere Genitalinfektionen hervorrufen, lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.<sup>169</sup> Am 26. März 1905 gelang dann die Unterscheidung der Spirochäten. „Die gröbere, an der Oberfläche schmarotzende Art, die bei den nichtsyphilitischen Effloreszenzen gefunden worden war, nannte [Schaudinn] *Spirochaete refringens*; die andere, feine, blasse fand er ... in einzelnen Exemplaren im Ausstrich eines syphilitischen Leistenlymphknotens, den Hoffmann vier Jahre zuvor angefertigt und ebenso vergeblich wie Koch auf Mikroorganismen untersucht

---

<sup>165</sup> Dobson, S. 31

<sup>166</sup> Dobson, S. 34

<sup>167</sup> Dieses Problem beleuchtet Lutz Sauerteig in seinem Buch. Er stellt überzeugend dar, dass das Thema Geschlechtskrankheit ein Problem des Staates und der Gesellschaft war, nicht nur das Problem des einzelnen Betroffenen. Vgl. hierzu: Sauerteig, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft: Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. Und frühen 20. Jahrhundert*. Stuttgart (1999).

<sup>168</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn) S. 76

<sup>169</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 73-76

hatte.<sup>170</sup> Diese Spirochäte wurde fotografiert; das Präparat hatte er nach einer Giemsa-Modifikation gefärbt. In der Folge gelang der „alleinige Nachweis der feinen Spirochäte“ in syphilitischen Primäraffekten und entnommenen syphilitischen Lymphknoten.<sup>171</sup> Am 22. April 1905 wurde die Arbeit über die Identifizierung des Erregers der Syphilis in den Arbeiten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes veröffentlicht unter dem Titel: „Vorläufiger Bericht über das Vorkommen von Spirochäten in syphilitischen Krankheitsprodukten und Papillomen“. Da Hoffman an der Arbeitsgruppe des Gesundheitsamtes beteiligt war, zeigte sich Schaudinn einverstanden mit der Nennung beider Namen bezüglich der Entdeckung des Syphiliserregers im Rahmen der Veröffentlichung.<sup>172</sup> Der Name *Treponema pallidum* richtete sich nach dem Aussehen des Bakteriums, wörtlich „blasser, gewundener Faden“.<sup>173</sup>

Aus kolonialpolitischen Gründen wollte man Schaudinn weiter an der Erforschung von Tropenkrankheiten arbeiten lassen. Allerdings erkrankte er an einer Sepsis und verstarb an den Folgen am 22. Juni 1906 im Alter von 35 Jahren.<sup>174</sup>

Mit der Entdeckung des Erregers wurden die Möglichkeiten der Behandlung verbessert bzw. ermöglicht.

## **Therapie der Syphilis**

Als erstes Mittel fand Quecksilber Einsatz in der Behandlung der Syphilis. Ihre Wurzeln findet diese Therapiemethode bei Paracelsus (1493-1541). Er glaubte, „die Krankheit sei auf Pfeile der Venus zurückzuführen; somit wäre sie durch die Kräfte Merkurs zu heilen.“ Durch diese astrologische Ansicht kam es zum Einsatz von Quecksilber (Mercurium) als Behandlung, die bis Anfang des 20. Jahrhunderts Anwendung fand. Dabei wurde Quecksilber in Form von Schmierkuren, Dampfbädern und als Injektion verabreicht.<sup>175</sup> Diese Behandlungsform war vor allem aufgrund der schweren Nebenwirkungen nicht besonders effizient. Nicht selten kam es durch die Therapie zum Tod des Patienten.<sup>176</sup>

Neben der Anwendung als Therapeutikum fand Quecksilber aber auch Einsatz in der Verhütung der Syphilis. Im Praktischen Hausschatz der Heilkunde wird ein Präparat namens

---

<sup>170</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 77

<sup>171</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 77

<sup>172</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 78

<sup>173</sup> Dobson, S. 34

<sup>174</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 103, 112

<sup>175</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 14

<sup>176</sup> Hier sei kurz erwähnt, dass nicht nur Ärzte sondern auch andere „Heiler“ Quecksilber als Heilmittel anwenden durften, was häufig zu schwersten Nebenwirkungen führte, da in zu hohen Dosen angewandt. Daher rührt der Begriff „Quacksalber“ (vgl. hierzu den Praktischen Hausschatz der Heilkunde, S. 793).

„Samariter“ angeführt, das als Vorbeugungsmittel gegen Tripper und Syphilis verwendet werden konnte. Dabei handelte es sich um eine hochprozentige Quecksilbersalbe, die vor und nach dem Beischlaf zur Anwendung kommen sollte.<sup>177</sup>

Neben der Anwendung von Quecksilber wurde auch Jod in der Therapie eingesetzt, um eine Jarisch-Herxheimer-Reaktion zu verhindern. Dabei handelt es sich um eine schwere Reaktion mit grippeähnlichen Symptomen unter Therapie, die durch den Zerfall der Treponemen bedingt ist.

Als Nebenwirkungen konnten bei der Quecksilberbehandlung Kopfschmerzen, Übelkeit bis hin zum Erbrechen auftreten, ferner Reizungen der Haut und der Schleimhäute, ein metallischer Geschmack, bei Intoxikationen auch zentralnervöse Störungen bis hin zum Hirnödem sowie Störungen der Nieren- und Leberfunktion.<sup>178</sup>

Eine neue Ära der Chemotherapie wurde durch den Chemiker und Arzt Paul Ehrlich (1854-1915) eingeleitet. Im Jahr 1910 hatte der Bakteriologe Paul Uhlenhuth (1870-1957) mit seinem Kollegen Weidant das Atoxyl entdeckt, eine höchst wirksame Arsenverbindung, die ihren Einsatz in der Hühnerspirochätose fand. Ehrlich griff diesen Ansatz auf, da Atoxyl auch erfolgreich zur Behandlung der Schlafkrankheit eingesetzt worden war.<sup>179</sup> Die 606ste Versuchsreihe Ehrlichs und seines japanischen Kollegen Sahachiro Hata (1873-1938), das Arsenbenzol, zeigte sich als wirksames Mittel gegen die Syphilis. Es wurde als Salvarsan (heilendes Arsen) bekannt und das verbesserte Neosalvarsan<sup>180</sup> wurde zur Standardtherapie der Syphilis. Mit dem Salvarsan war die erste antimikrobielle Substanz gefunden worden und die Chemotherapie im Einsatz gegen Infektionskrankheiten fand hier ihren Ursprung. Der Mikrobiologe Constantin Levaditi (1874-1953) und R. Sazerac entdeckten dann auch Wismut als wirksames Mittel im Einsatz gegen die Syphilis. Sowohl Salvarsan als auch Wismut wurden für die Therapie verwendet, appliziert wurden beide durch Injektion.<sup>181</sup> Zwar wurden all diese Substanzen nicht nur bei der akuten Syphilisinfektion sondern auch bei allen Formen der Spätsyphilis eingesetzt, allerdings war deren therapeutischer Erfolg bei der Neurosyphilis nicht besonders erfolgreich.<sup>182</sup>

---

<sup>177</sup> Praktischer Hausschatz der Heilkunde, S. 816

<sup>178</sup> Ludewig, Reinhard: Akute Vergiftungen. 9. Auflage. Stuttgart (1999), S. 536-539

<sup>179</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 15

<sup>180</sup> Dabei zeichnete sich Neosalvarsan vor allem dadurch aus, dass es weniger toxisch und besser wasserlöslich war als sein Vorgänger Salvarsan.

<sup>181</sup> Hesse/Hohmann (Schaudinn), S. 15

<sup>182</sup> Oppenheim, S. 1309-1310

## Diagnosekriterien

Neben der genauen klinischen Beschreibung der Krankheitssymptome konnten im Verlauf weitere Kriterien zugefügt werden. Emil Bleuler nannte dabei die von Felix Plaut (1877-1940)<sup>183</sup> aufgestellten Diagnosekriterien:

- Eine positive Wassermann'sche Reaktion im Blut beweist die Lues
- Sein Fehlen lässt mit 80 prozentiger Wahrscheinlichkeit eine Hirnlues ausschließen
- Eine deutliche Zellzahlerhöhung im Liquor im Spätstadium der Lues beweist organisch einen ZNS-Prozess
- Eine positive Wassermann'sche Reaktion im Liquor und eine positive Nonne Phase I Reaktion beweisen klinisch eine Affektion des ZNS<sup>184</sup>

Bei der Wassermann'schen Reaktion (abgekürzt WaR), die vom deutschen Immunologen und Bakteriologen August Paul von Wassermann (1866-1925) entwickelt wurde, handelt es sich um eine Komplement-Bindungs-Reaktion. Sie diente dem Nachweis spezifischer Antikörper im Serum und wurde früher in der Luesdiagnostik standardmäßig eingesetzt.<sup>185</sup>

Der Nachweis erhöhter Eiweißwerte im Blut gelang durch die Pandy-Reaktion. Diese Form der Reaktion wurde vom Budapester Neurologen und Psychiater Kálmán P. Pandy (1868-1944) entwickelt. Mit ihr gelingt der Nachweis von Globulinen (Eiweißen) im Nervenwasser. Dabei wird ein Milliliter Pandy-Reagens (wassergesättigtes Phenol) mit einigen Tropfen Liquor vermischt. Die Reaktion gilt als positiv, wenn es zu einer Trübung oder Ausflockung kommt.<sup>186</sup> Auch heute noch findet diese Methode - wenn auch nur sehr selten - Einsatz in der semiquantitativen Bestimmung des Eiweiß-Gehaltes im Liquor. So ist ab einem Eiweißgehalt von 500 - 1000 mg/l ein weißlicher Schleier im Rahmen der Reaktion zu sehen.<sup>187</sup>

Bei der Nonne Phase I Reaktion, die nach dem deutschen Neurologen Max Nonne (1861-1959) benannt ist, kommt es durch einen erhöhten Globulingehalt des Liquors zu einer Trübung desselben bei Zusatz einer quantitativ gleichen Menge gesättigter Ammoniumsulfatlösung.

---

<sup>183</sup> Felix Plaut war Psychiater in München

<sup>184</sup> Bleuler, S. 184

<sup>185</sup> Kaufmann, Stefan H. E.: Antigen-Antikörper-Reaktion: Grundlage serologischer Methoden. In: Hahn/Falke/Klein (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 170-171

<sup>186</sup> [www.wikipedia.org/wiki/Pandy-Reaktion](http://www.wikipedia.org/wiki/Pandy-Reaktion) (ungesichert)

<sup>187</sup> Masuhr, Karl F. und Neumann, Marianne: Neurologie. Duale Reihe, 5. Auflage. Stuttgart (2005), S. 126

## Der Beginn der antibiotischen Ära

Der Begriff der Antibiose (aus dem Griechischen Anti = gegen und bios = Leben) stammt vom französischen Mykologen Paul Vuillemin (1861-1932) aus dem Jahr 1889. Er beschrieb das Konzept, Bakterien abzutöten. Ende des 19. Jahrhunderts suchte man allerdings nicht gezielt nach Behandlungsmethoden gegen Infektionen, sondern nach dem Ursprung von Mikroorganismen und erforschte die Ursachen von Krankheiten. Mit dem Namen Alexander Fleming (1881-1955) verbinden wir heute den Entdecker und Begründer der antibiotischen Ära. Allerdings wurde die bakterizide Wirkung von Pilzen bereits lange vor Flemings Beobachtung mehrfach beschrieben. So sahen der Naturwissenschaftler Thomas Henry Huxley (1825-1895), der Chirurg Joseph Lister (1827-1912), der Arzt William Robert (1839-1899), der Bakteriologe John Burden Sanders (1828-1905) und der Physiker John Tyndall (1820-1893), die allesamt in England tätig waren, dass Pilze der Gattung *Penicillium* das Wachstum von Bakterien hemmen. Die Bedeutung, die diese Beobachtung in der Therapie bakterieller Infektionen haben könnte, wurde jedoch von keinem erkannt. Erst der französische Militärarzt Ernst Duchesne (1874-1912) zeigte in seiner Dissertation die Wirksamkeit des *Penicillins* im Einsatz gegen bakterielle Infektionen. Er wies nach, dass mit Bakterien infizierte Meerschweine nach Gabe von *Penicillin* am Leben blieben, während die anderen Meerschweine, die infiziert aber nicht mit *Penicillin* behandelt wurden, innerhalb von 24 Stunden verstarben. In der Fachwelt blieb diese Arbeit unbeachtet.<sup>188</sup>

An der englischen Universität in London hatte Alexander Fleming eine Stelle als Professor für Bakteriologie inne. Er arbeitete an Staphylokokken, die in Petrischalen auf Agar kultiviert wurden.<sup>189</sup> Fleming war „nicht übertrieben ordnungsliebend“ wie er selbst über sich sagte, seine Kulturen ließ er oft wochenlang herumstehen. Eines Abends im Jahr 1928 vergaß er, seine Petrischalen zu säubern, die er mit Staphylokokken beimpft hatte. Als er am nächsten Tag zur Arbeit kam sah er, dass in einer Schale massives Pilzwachstum stattgefunden hatte; Bakterien wuchsen allerdings nicht.<sup>190</sup> In der Folge erkannte er den Pilz als *Penicillium rubrum* und nannte dessen Kulturfiltrat *Penicillin*. Es folgten Versuchsreihen mit einigen Bakterien, wobei Fleming feststellte, dass nur bei einigen das Wachstum durch *Penicillin* verhindert werden konnte. Später wies er im Tierexperiment die fehlende Toxizität von *Penicillin* nach, was therapeutische Konsequenzen hatte. Es heißt, Fleming habe zwei seiner Mitarbeiter mit *Penicillin* behandelt. Nur bei einem, der eine Pneumokokken-Infektion des Auges hatte, war

---

<sup>188</sup> Vgl. Pieroth, Ingrid: *Penicillinherstellung; von den Anfängen bis zur Großproduktion*. Stuttgart(1992), S. 16-22

<sup>189</sup> Pieroth, S. 22

<sup>190</sup> Rihner, Fred: *Sir Alexander Fleming. Gedenkschrift zum 100. Geburtstag*. Zürich (1981), S. 10-12

er durch lokales Einbringen von Penicillin erfolgreich. 1929 veröffentlichte er dann seine Entdeckung, aber auch sie fand in der Fachwelt keine Resonanz.<sup>191</sup> Erst eine Oxforder Arbeitsgruppe unter Howard Walter Florey (1898-1968), einem Pharmazeuten, am Institut für Pathologie, die sich mit der Abtötung von Krankheitskeimen beschäftigte, nahm Flemings Arbeit zur Hand und erkannte ihre Bedeutung.<sup>192</sup> Der Zweite Weltkrieg war ausgebrochen und die Sanitätsstelle des britischen Ministeriums erteilte Florey den Auftrag, ein wirkungsvolles Mittel gegen Gasbrand zu finden. Diese Infektion hatte im Ersten Weltkrieg prozentual die höchsten Kriegsverluste verursacht. Howard Florey und der Biochemiker Ernst Chain (1906-1979) belegten erneut am Versuch mit Mäusen die fehlende Toxizität des Penicillins für den Organismus und dessen Wirksamkeit gegen Gasbrand. Diese Ergebnisse veröffentlichten sie 1940. Am 12. Februar 1941 wurde dann der erste Oxforder Patient behandelt. Es war ein 43-jähriger Polizist, der sich durch eine Verletzung eine Sepsis zugezogen hatte. Ihm wurden alle drei Stunden 300 mg Penicillin intravenös injiziert. Nach fünf Tagen war der Vorrat aufgebraucht, und da es dem Patienten besser ging, stellte man die Behandlung ein. Einen Monat später verstarb der Polizist dann an den Folgen seiner Infektion. Nicht die fehlende Wirksamkeit war das Problem, sondern die Produktion ausreichender Wirkstoffmengen.<sup>193</sup> 1941 trat Florey mit der Bitte um Produktion großer Mengen an englische Pharmafirmen heran. Da die englische Regierung großangelegte Angriffe Deutschlands befürchtete, wurde die Massenproduktion von Penicillin in den USA umgesetzt.<sup>194</sup> Dort war das „US War Production Board“ für die Herstellung verantwortlich. Man versprach sich durch die heilende Wirkung des Penicillins bei Infektionen einen Vorteil für das Militär, erkannte aber vor allem dessen Bedeutung als Chemotherapeutikum.<sup>195</sup>

Letztendlich waren es militärische und politische Erwägungen, die den Durchbruch von Flemings Entdeckung brachten. Zwar geschah dies durch die Oxforder Arbeitsgruppe, sie nannten aber stets Fleming als den wahren Entdecker des Penicillins. 1944 wurde er dafür durch das britische Königshaus in den Adelsstand erhoben; 1945 zeichnete man ihn mit dem Nobelpreis aus.<sup>196</sup>

Ab 1946 wurde Penicillin für die Therapie erhältlich.<sup>197</sup>

---

<sup>191</sup> Pieroth, S. 22-24

<sup>192</sup> Rihner, S. 12-13 und Pieroth, S. 29

<sup>193</sup> Pieroth, S. 29-36

<sup>194</sup> Rihner, S. 14

<sup>195</sup> Pieroth, S. 36

<sup>196</sup> Rihner, S. 15-16

<sup>197</sup> Hesse/Hohmann, S. 16

In den gängigen aktuellen Lehrbüchern der Neurologie liest man, dass circa fünf bis zehn Prozent der Patienten bei unbehandelter Syphilis eine Neurosyphilis entwickeln.<sup>198</sup> Noch 1994 war bei Prof. Hahn eine Zahl von circa 35 Prozent zu lesen.<sup>199</sup> Von fragwürdiger Bedeutung ist, dass in den neuesten Lehrbüchern die statistischen Zahlen der Tuskegee-Studie zugrunde gelegt wurden. Dabei wurde folgendes Versuchskonstrukt gewählt: In der Kleinstadt Tuskegee/Alabama in den USA wurde 400 schwarzen, an Syphilis erkrankten Bürgern eine Behandlung versagt, obwohl mit dem Penicillin eine hervorragende Behandlungsmöglichkeit gegeben war. Dabei wurden die einzelnen Krankheitsstadien genau beobachtet und beschrieben. „Zwischen 1932 und 1972 beobachtete die Gesundheitsbehörde [der USA] die Entwicklung der Syphilis, verzichtete aber darauf, die Kranken zu behandeln.“ Diese Studie wird heute als eines der „furchtbarsten medizinischen Experimente“ bezeichnet.<sup>200</sup>

### **6.3 Die Malariatherapie der progressiven Paralyse**

Da in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts keine Antibiotika existierten und die gängigen Mittel, die zur Behandlung der Syphilis angewandt wurden (Quecksilber, Salvarsan, Wismut), bei der Neurosyphilis nur eingeschränkt wirksam waren, bestand eine große therapeutische Not. Dieser begegnete man mit der Malariatherapie bzw. anderen Reiztherapien, die allein auf empirische Patientenbeobachtung basierten und denen gemein war, dass durch sie beim Patienten Fieber erzeugt wurde.

Bei der Malariatherapie der progressiven Paralyse wurde eine Krankheit durch die Infektion mit einer anderen behandelt. Im Folgenden soll als erstes die Malaria mit ihren Erscheinungsformen dargestellt werden, dann wird detailliert auf den Einsatz der Malaria als Therapie eingegangen.

---

<sup>198</sup> Prange, Hilmar: Neurosyphilis. In: Brandt, Thomas, Dichgans, Johannes und Diener, Hans Christoph (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen, 4. Auflage. Stuttgart (2003), S. 527

<sup>199</sup> Hahn, Mikrobiologie S.461

<sup>200</sup> Dobson, S. 34

### 6.3.1 Die Malaria

Die Malaria ist eine parasitäre Erkrankung, bei der der Parasit über den Stich der weiblichen Anophelesmücke auf den Menschen übertragen wird, der dann im Verlauf an Malaria erkrankt.<sup>201</sup> Übertragen werden Plasmodien, intrazellulär lebende Protozoen, von denen vier unterschiedliche Arten existieren. Alle können zur Ausbildung einer Malaria führen; das klinische Bild zeigt allerdings charakteristische Unterschiede.

Der Name Malaria ist entlehnt aus dem italienischen „mal aria“, schlechte Luft, da sie vornehmlich in Sumpfgebieten anzutreffen war und dort die Luft übel roch. Andere Begriffe für die Erkrankung waren auch Sumpffieber oder Wechselfieber.<sup>202</sup> 1880 entdeckte erstmals der französische Militärarzt in Algerien, Charles Louis Alphonse Laveran (1845-1922), den Malariaparasiten unter dem Mikroskop.<sup>203</sup> Zuvor hatte der schottische Arzt Patrick Manson (1844-1922) 1877 herausgefunden, dass die Mücke bei der Filariose, ebenso einer parasitären Erkrankung, die Überträgerrolle spielt. Der britische Militärarzt Ronald Ross (1857-1932) erkannte dann als erster die Überträgerrolle der Mücke auch bei der Malaria. Er wurde dafür mit dem Nobelpreis ausgezeichnet.<sup>204</sup> Als Ansatz zur Eliminierung der Malaria sollte versucht werden, durch Ausrottung der Anophelesmücke auch die Krankheit selbst auszurotten.<sup>205</sup> Robert Koch (1843-1910) wählte einen anderen Bekämpfungsansatz. Er wollte nicht die Mücke, „sondern den Parasiten im Menschen angreifen, mit Chinin“. Chinin war schon zuvor längere Zeit zur Behandlung und Vorbeugung der Malaria eingesetzt worden. Jesuitische Missionare hatten in Südamerika beobachtet, dass die Einheimischen „die Rinde des Chinarindenbaums benutzten, um fiebrige Erkrankungen zu lindern“. Anfangs nannte man das Mittel „Perurinde“. „In Britisch-Indien wurde die bitter schmeckende Arznei dem *Indian Tonic Water*“<sup>206</sup>, der Basis für den Gin Tonic, zugesetzt. Damit sollten die britischen Besatzer vor einer Malariainfektion geschützt werden. 1920 konnte man dann aus der Rinde des Chinabaumes das Chinin-Alkaloid gewinnen. Bis heute findet dieses Mittel Anwendung in der Behandlung der Malaria. Zusätzlich versuchte man ab 1939, das 1874 entdeckte DDT (Dichlordiphenyltrichlorethan) als Insektenvernichtungsmittel einzusetzen, um so die Mückenpopulationen auszurotten. Der Versuch misslang, da die Mücken eine Resistenz gegen

---

<sup>201</sup> Dobson, Mary: Seuchen die die Welt veränderten. Hrsg. National Geographic History (2007), S. 84

<sup>202</sup> Dobson, S. 85

<sup>203</sup> Dobson, S. 89

<sup>204</sup> Dobson, S. 89

<sup>205</sup> Dobson, S. 89-90

<sup>206</sup> Dobson, S. 92

DDT entwickelten.<sup>207</sup> Zwischen 1930 und 1940 wurden weitere Medikamente zur Behandlung der Malaria eingeführt, darunter Chloroquin, das in den 30er Jahren in Deutschland entdeckt wurde. Während des Ersten und Zweiten Weltkrieges „erwies sich die Malaria häufig als größere Bedrohung als der Feind“.<sup>208</sup>

### **Lebenszyklus der Plasmodien und Beschwerdebild der Malaria**

Durch den Stich nimmt die Anopheles-Mücke aus dem Blut eines mit Malaria infizierten Menschen Gametozyten auf. In der Mücke vollzieht sich die sexuelle Phase der Parasitenentwicklung, die Sporogonie. Im Darm der Mücke entwickeln sich Gameten. Der Mikrogamet (männliche Geschlechtsform) penetriert den Makrogameten (weibliche Geschlechtsform) und es entsteht eine Zygote. Diese entwickelt sich zu einer länglichen, beweglichen Form, dem Ookinet. Im Mückendarm verwandelt dieser sich weiter zu einer Oozyste, in welcher viele Sporozoiten entstehen. Aus der Oozyste ist durch diesen Vorgang eine Sporozyste geworden. Durch deren Platzen werden die Sporozoiten freigesetzt, die zur Speicheldrüse der Mücke wandern. Beim Stich der Mücke werden die Sporozoiten auf den Menschen übertragen. Im Menschen durchläuft der Parasit dann seine asexuelle Entwicklungsphase. Durch den Mückenstich gelangen die Sporozoiten über den menschlichen Blutkreislauf in die Leber. Dort reifen in den Leberzellen Schizonten heran, die sich durch ungeschlechtliche Zellteilung vermehren. So entstehen viele Merozoiten (Schizogonie). Durch Platzen der Schizonten gelangen die Merozoiten wiederum in die Blutbahn und dringen dort in die roten Blutkörperchen (Erythrozyten) ein. Im Erythrozyten verwandeln sich die Merozoiten in ringförmige Trophozoiten. Durch erneute Schizogonie erfolgt hier eine Vermehrung der Schizonten, die durch Platzen der Erythrozyten freigesetzt werden. Daneben entstehen innerhalb von zehn bis zwölf Tagen aus einigen Merozoiten in den roten Blutkörperchen Gametozyten. Diese werden durch den Stich der Mücke aufgenommen und der geschlechtliche Entwicklungszyklus setzt erneut ein.

Eine Ausnahme in diesem Kreislauf stellt der Hypnozoit dar. Teilt sich der Schizont in der Leberzelle nicht, so wird von einem Hypnozoit gesprochen. Bei Infektionen mit Plasmodium

---

<sup>207</sup> Dobson, S. 92

<sup>208</sup> Dobson, S. 91

vivax oder ovale verbleiben diese Hypnozoiten über Monate bis Jahre im Ruhezustand. Wo-  
durch dann eine erneute Schizogonie ausgelöst wird, ist unbekannt.<sup>209</sup>

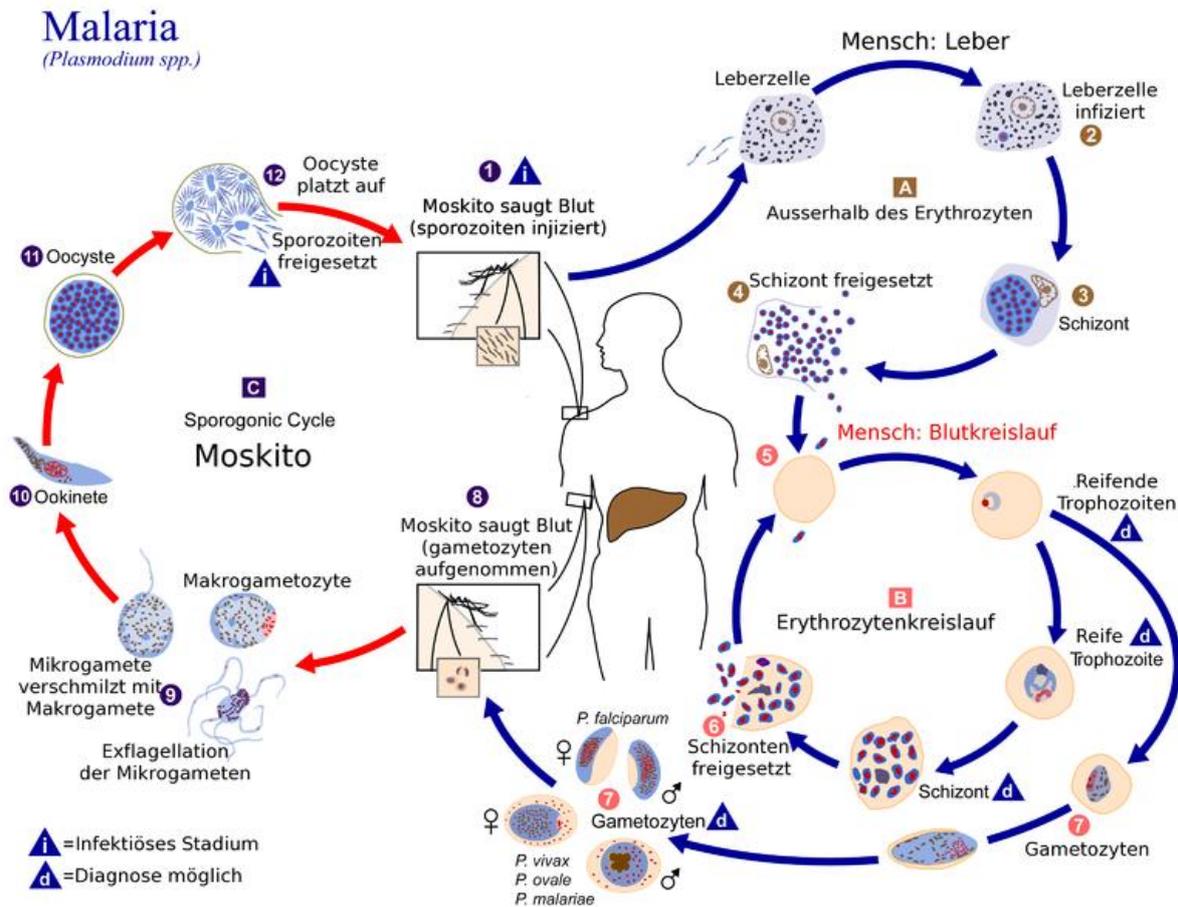


Abb. 18: Zyklus der Plasmodien<sup>210</sup>

Es gibt drei Verlaufsformen der Malaria, die durch vier unterschiedliche Plasmodienarten verursacht werden:

1. Die Plasmodien vivax und ovale verursachen die Malaria tertiana, die sich durch Fieberschübe an jedem dritten Tag auszeichnen.
2. Die Malaria quartana wird durch Plasmodium malariae hervorgerufen. Das Fieber tritt hierbei jeden vierten Tag auf.

<sup>209</sup> Vgl. Hahn, S. 901-903

<sup>210</sup> Quelle:

[http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Plasmodium\\_zyklus.png&filetimestamp=20091119081538](http://de.wikipedia.org/w/index.php?title=Datei:Plasmodium_zyklus.png&filetimestamp=20091119081538)

3. Bei der dritten und schwersten Verlaufsform der Malaria, der Malaria tropica, verursacht das Plasmodium falciparum eine häufig lebensbedrohliche Erkrankung. Die Fieberschübe treten sehr unregelmäßig auf. Diese Form ist vor allem durch Kreislaufkollaps, zerebrale Anfälle und andere, zerebrale Beteiligung sehr gefährlich; durch Kreislaufversagen und neurologische Ausfälle kann sie innerhalb weniger Tage zum Tod führen.<sup>211</sup>

Die Grundbeschwerden sind bei allen Formen der Malaria einheitlich und ähnlich. Diese können sein: Mattigkeit, Durchfall und Erbrechen, Kopf- und Gliederschmerzen, Appetitlosigkeit, Schüttelfrost, Fieber und Schweißausbrüche im Wechsel. Die Inkubationszeit beträgt zwischen acht und 30 Tagen.<sup>212</sup>

Die typischen Malariaanfälle mit Schüttelfrost und Fieberschüben entstehen durch das Platzen der befallenen Erythrozyten, was in Folge auch zu Blutarmut (Anämie) und einer Vergrößerung der Milz (Splenomegalie) führen kann.<sup>213</sup> Durch das Freisetzen der Merozoiten-Toxine werden körpereigene Botenstoffe (Zytokine) freigesetzt, die für das Entstehen des Fiebers verantwortlich sind. Komplizierend ist es möglich, dass die Plasmodien im Körper persistieren und Jahre bis sogar Jahrzehnte nach eigentlicher Erstinfektion erneut Fieberschübe auslösen. Besonders bei der Malaria quartana ist dieses Phänomen zu beobachten.

Bis heute stellt die Malaria eine weltweite Bedrohung dar. Etwa 300 bis 500 Millionen Menschen weltweit sind mit Plasmodien infiziert; jährlich sterben ein bis drei Millionen Menschen an Malaria.<sup>214</sup> „In Afrika südlich der Sahara stirbt heute schätzungsweise alle 30 Sekunden ein Kind an Malaria“.<sup>215</sup> Die Malaria ist damit weiterhin eine gefährliche Krankheit und per se eine Bedrohung für den Menschen.

Es stellt sich die Frage, wie die Idee entstehen konnte, eine so lebensgefährliche Krankheit als Therapie einzusetzen, obwohl diese Erkrankung für sich therapiebedürftig ist und den Infizierten erheblich schwächt. Betrachtet man den Einsatz der Malaria „als Therapieform“, hat es fast den Anschein, als solle „der Teufel mit dem Beelzebub“ ausgetrieben werden. Es ist eigentlich kaum vorstellbar, eine so drastische Maßnahme nur in Erwägung zu ziehen, geschweige denn, sie in größerem Umfang als Therapie einzusetzen.

---

<sup>211</sup> Janitschke, Klaus: Plasmodien. In: Hahn/Falke/Klein (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 901-904

<sup>212</sup> Janitschke, S. 904

<sup>213</sup> Dobson, S. 85

<sup>214</sup> Dobson, S. 84

<sup>215</sup> Dobson, S. 93

Die Auswirkungen, die die Spätform der Syphilis hat und die damals absolut fehlende Therapierbarkeit der zu Behinderung, Pflegebedürftigkeit und zum Tod führenden Erkrankung erklärt die therapeutische Not, in der sich die Ärzte zu dieser Zeit befanden.

### **6.3.2 Die Malariatherapie**

Im Laufe der Jahrhunderte wurde mehrfach ein Zusammenhang zwischen Fieber und fieberhaften Erkrankungen als Heilmittel für Geistesstörungen gesehen.

Schon Galenus (129-194 n.Chr.) berichtete über die „Heilung von Irrsinn durch Malaria“.<sup>216</sup> 1798 berichtet Christian R. Reuß über die Heilung Tobsüchtiger nach einer durchlebten Pockenerkrankung.<sup>217</sup>

Der erste, der die Malaria in größerem Umfang als Therapie einsetzte, war Julius Wagner-Jauregg. Sie beruhte auf Beobachtungen, die er 1887 an psychotischen Patienten machte, die an fieberhaften Infekten litten. Jedoch erst viele Jahre später, 1917, wurde sie als Therapieverfahren eingesetzt. Genaue Gründe, weshalb 30 Jahre vergingen, bis die Malaria als Therapieform eingesetzt wurde, waren nicht eruierbar.

#### **Zur Person Wagner-Jauregg**

Am 7. März 1857 wurde Julius Wagner in Wels geboren. Der Vater Adolf, der Jura studiert hatte, machte sich in Wien im Finanzdienst verdient. Er wurde aus diesem Grund auch in „den erblichen Adelsstand erhoben. Das Adelsprädikat ‚Ritter von Jauregg‘ wählte er in Erinnerung an seine Mutter, deren Mädchenname Jauernick eine geringe Umwandlung erfuhr“.

Julius Wagner-Jauregg besuchte die Schule in Krems an der Donau und von 1872 an in Wien. 1874 bestand er die Matura.<sup>218</sup> Seine Medizinische Karriere begann in Wien. Anfangs konnte sich Wagner-Jauregg nicht zwischen dem Studium der Medizin und der Philosophie entscheiden, wählte dann aber die Medizin. Er begann das Studium im Oktober 1874 im Alter von 17 ½ Jahren. Im vierten Studienjahr absolvierte er den Militärdienst. „[D]amals waren die Medi-

---

<sup>216</sup> Peters, Walter: Unsere Erfahrungen mit der Malaria-Therapie luetischer Erkrankungen. Inaugural-Dissertation. Gießen (1933)

<sup>217</sup> Hall, Frank: Psychopharmaka – Ihre Entwicklung und klinische Erprobung. Hamburg (1997), S. 126

<sup>218</sup> Schönbauer, Leopold und Jantsch, Marlene: Julius Wagner Jauregg, Lebenserinnerungen. Wien (1950), S. 1-4

ziner verpflichtet, ein Jahr als Freiwillige - militärärztliche Eleven genannt - in einem Garnisonshospital Dienst zu machen.“ Mit Zustimmung seines Vaters, die er ob seines Alters benötigte und nur nach Diskussionen erhielt, trat Julius Wagner-Jauregg 1876 freiwillig in den Militärdienst ein und trat seinen Dienst im Oktober 1877 bei der Marine im „Garnisonsspital Nr. I in Wien“ an. Er war in einer chirurgischen Klinik eingesetzt; sein Militärdienst endete im September 1878. Am 14. Juli 1880 „konnte [er] also zum Doktor promoviert werden“, nachdem er das zweite und dritte Rigorosum erfolgreich abgelegt hatte. Nach unterschiedlichen Anstellungen nahm Wagner-Jauregg am 1. Januar 1883 eine Stellung an der psychiatrischen Klinik in Wien an, an der er sich aber auch ausführlich mit neurologischen Störungen und elektrischen Untersuchungsapparaturen beschäftigte. Am 9. Mai 1885 wurde die von seinem Chef Leidesdorf vorgeschlagene Dozentur für Neurologie vom Unterrichtsministerium bestätigt. Um den akademischen Lehrstuhl seines emeritierenden Lehrmeisters besetzen zu können, wurde ihm am 16. Juni 1888 auch die Dozentur für Psychiatrie bestätigt. Es folgte die Ernennung „zum Professor extraordinarius in Graz“ an der dortigen neurologisch-psychiatrischen Universitätsklinik, an der er von 1889 bis 1893 tätig war. 1893 wurde er „zum Ordinarius in Wien“ in der „Wiener neurologisch-psychiatrische[n] Klinik in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt“, an der er bis 1902 blieb. Nach einer kurzen Zeit an der Nervenklinik im Allgemeinen Krankenhaus übernahm Wagner-Jauregg von 1905 bis 1928 die Klinik in der ehemaligen Landesirrenanstalt in Wien. Er wirkte maßgeblich an der österreichischen „Irrenpflege und Irrengesetzgebung“, sowie an deren Reformierung mit.<sup>219</sup>

Neben vielen weiteren Arbeitsfeldern lag ein besonderer Schwerpunkt bei der Malariatherapie der progressiven Paralyse, die er federführend als Therapiemethode einführte, auf sie soll speziell eingegangen werden.

Julius Wagner-Jauregg war Mitglied der verschiedensten wissenschaftlichen Gesellschaften; er erhielt außerdem verschiedene Preise, darunter 1927 den Nobelpreis für die Entdeckung der Malariatherapie.<sup>220</sup>

Am 28. September 1940 verstarb er an den Folgen einer Lungenentzündung, nachdem „erst die Todeskrankheit [] ihn ans Bett fesseln [konnte]“ und er Jahre zuvor an Herzschwäche zu leiden begonnen hatte.<sup>221</sup> Aufgrund seiner Nähe zum Nationalsozialismus geriet er historisch ins Zwielicht und wurde politisch als ungeeignet betrachtet, als Namensgeber für Gesund-

---

<sup>219</sup> Entnommen aus Lebenserinnerungen Wagner-Jauregg, S. 55-93

<sup>220</sup> Lebenserinnerungen Wagner-Jauregg, S. 2

<sup>221</sup> Lebenserinnerungen Wagner-Jauregg, S. 3

heitseinrichtungen zu fungieren.<sup>222</sup> Ein für die Oberösterreichische Landesregierung durchgeführtes Gutachten beinhaltete eine „Reinwaschung“ der Person Wagner-Jauregg, es war aber nicht allgemein zugänglich, was von Neugebauer und Schwarz kritisch angemerkt wurde.<sup>223</sup>

Im Jahr 1887 machte Wagener-Jauregg den Vorschlag, Psychosen durch das Hervorrufen von Infektionskrankheiten positiv zu beeinflussen. Man hatte festgestellt, dass die Stoffe, welche die Krankheitserreger erzeugten, zur Heilung von Psychosen beitrugen. Zwar sah er eine Gefahr für den Patienten und dessen Umgebung durch die Infektionskrankheit selbst; aufgrund der Fortschritte auf dem Gebiet der Bakteriologie wurde sie jedoch als gemindert angesehen. Er befürchtete, die Malaria könne durch Mücken auf andere Menschen übertragen werden. Auch das Wiederauftreten, das es bei der Malaria viele Jahre nach erster Ansteckung geben kann, konnte nicht ausgeschlossen werden. Praktisch kam es aber bei der Impfmalaria nicht zu einer Übertragung auf die Anophelesmücke und in allen Folgebeobachtungen gab es bei Patienten, die mit Malaria tertiana behandelt wurden, keine Rezidive.<sup>224</sup>

In Irrenhäusern traten häufiger Epidemien von Infektionskrankheiten wie Typhus oder Cholera auf. Nach diesen Infektionswellen war zu beobachten, dass es bei Patienten mit Psychosen unmittelbar nach stattgehabter Typhus oder Cholera zur Heilung kam.<sup>225</sup> Aber auch andere Infektionen wie Malaria, Erysipel und Rückfallfieber konnten diesen Effekt auslösen.<sup>226</sup>

Der erste Fall, der Julius Wagner-Jauregg inspirierte, sich diesem Phänomen näher anzunehmen, war der Fall eines an einer Psychose erkrankten Patienten, der im Januar 1883 an einem Erysipel erkrankte, „das zur Heilung der Geistesstörung führte“.<sup>227</sup> In seiner Auseinandersetzung mit der Heilwirkung durch fieberhafte Infekte beschrieb er, dass anfangs Prozeduren der Fiebererzeugung angewandt wurden, die „die Unterhaltung einer chronischen Eiterung zum Ziel hatten, ...“.<sup>228</sup> Zur Anwendung kam die „Authenrieth'sche Salbe“, eine die Haut sehr stark reizende Salbe, die zu Eiterungen führte und die vor allem auf die Kopfschwarte aufgebracht wurde. Da es unter dieser Behandlungsform häufig zu Kopfschwarten- und auch Knochendeckeldefekten kam, nahm man von dieser sehr eingreifenden Therapieoption schnell

---

<sup>222</sup> Neugebauer, Wolfgang und Schwarz, Peter: Nobelpreisträger im Zwielficht. Zur historisch-politischen Beurteilung von Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). In: Jahrbuch Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (2006), S. 169

<sup>223</sup> Neugebauer/Schwarz, S. 126-127

<sup>224</sup> Gerstmann, Josef: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Wien (1925), S. III-IV

<sup>225</sup> Wagner-Jauregg, Julius: Fieber- und Infektionstherapie. Ausgewählte Beiträge 1887-1935. Wien, Leipzig, Berlin (1936), S. 15, 20

<sup>226</sup> Wagner-Jauregg, S. 43

<sup>227</sup> Wagner-Jauregg, S. 56

<sup>228</sup> Wagner-Jauregg, S. 63

Abstand.<sup>229</sup> In Frankreich hatte man Heilungen nach einer Malariainfektion gesehen. Daher wurde dort empfohlen, Irrenanstalten in endemischen Malariagebieten zu erbauen.<sup>230</sup> 1887 äußerte Wagner-Jauregg die Empfehlung, bei psychisch Kranken Infektionskrankheiten auszulösen, um so eine Besserung zu erreichen. „Zur Verwirklichung dieses Vorschlages ist es aber zu jener Zeit und auch späterhin aus äußeren Gründen nicht gekommen.“<sup>231</sup> Vor dem Hintergrund dieser Beobachtungen setzte Wagner-Jauregg dann das von Robert Koch entdeckte Tuberkulin in den Jahren 1890 bis 1891 in der Klinik Graz versuchsweise zur Behandlung von Psychosen ein und war damit in einigen Fällen erfolgreich.<sup>232</sup> Offen blieb die Frage, ob es allgemein das Fieber war, das zur Besserung der Geistesstörung führte, oder ob speziellen Bakterienproteinen der Heilerfolg zuzuschreiben war.<sup>233</sup> Speziell fiel auf, dass unter den Patienten, die mit Tuberkulin behandelt wurden, vor allem Paralytiker eine längere Lebensdauer hatten als unbehandelte und dass nur bei Behandelten Remissionen zu beobachten waren. Dies beeindruckte vor allem, „denn die progressive Paralyse galt bis dahin, und zwar mit Recht, als eine unheilbare Krankheit“.<sup>234</sup> Obwohl durch fieberhafte Infekte immer wieder Remissionen der progressiven Paralyse beobachtet wurden, bestand in der psychiatrischen Fachwelt eine große Skepsis gegenüber dem Einsatz von Infektionskrankheiten als Therapie, nicht zuletzt wegen der möglichen Risiken durch die Infektion selbst, sowohl für den behandelten Patienten als auch für die Umgebung. Trotzdem beobachtete man in Einzelfällen wiederholt, dass bei Remissionen der progressiven Paralyse nicht die antiluetische Behandlung mit Jod oder Quecksilber die entscheidende Rolle spielte, sondern immer ein fieberhafter Infekt oder eitriger Prozess die „günstige Wendung des Krankheitsverlaufes“ brachte.<sup>235</sup> Es wurden unterschiedliche Bakterientoxine zur Therapie eingesetzt, die jedoch keine eindeutigen Erfolge brachten. Wagner-Jauregg beobachtete wiederholt, dass Paralytiker, die eine akute Infektionskrankheit durchmachten, „verhältnismäßig häufig besonders vollständige und langdauernde Remissionen“ zeigten.<sup>236</sup> Im Juli 1917 entnahm er dann einem an Malaria tertiana leidenden Patienten Blut und injizierte dieses Malariablut zunächst drei, an progressiver Paralyse Leidenden.<sup>237</sup> Zur Wahl der Malaria tertiana als Infektionskrankheit zur Fiebererzeugung war es gekommen, weil diese nicht ein so schweres Krankheitsbild auslöst und mit Chi-

---

<sup>229</sup> Wagner-Jauregg, S. 63-65

<sup>230</sup> Wagner-Jauregg, S. 66

<sup>231</sup> Gerstmann, S. 19

<sup>232</sup> Wagner-Jauregg, S. 67

<sup>233</sup> Wagner-Jauregg, S. 72

<sup>234</sup> Wagner-Jauregg, S. 74-75

<sup>235</sup> Wagner-Jauregg, S. 75-79

<sup>236</sup> Wagner-Jauregg, S. 118

<sup>237</sup> Wagner-Jauregg selbst beschreibt drei Fälle, im Buch von Gerstmann werden dann neun Fälle von Paralytikern beschrieben, die mit einer Impfmalaria behandelt wurden.

nin eine gute Behandelbarkeit dieser Erkrankung vorlag.<sup>238</sup> Bei zwei Patienten hatte die Malariatherapie Erfolg. Aufgrund dieses Erfolges wurden mehrere Patienten mit Malaria tertiana infiziert, was zu bemerkenswerten Ergebnissen führte, da die Remissionen Bestand hatten.<sup>239</sup> Nach diesem Beginn wurde mit der Versuchsreihe pausiert, da man abwarten wollte, ob sich der Behandlungserfolg auch in der Langzeitbeobachtung bestätigte und die Remissionen anhielten.<sup>240</sup> Da sich dies in vielen Fällen bestätigte, wurde Malaria - mit guten Erfolgen - immer häufiger als Therapie der progressiven Paralyse eingesetzt. Deshalb wurde dieser Therapieansatz 1918 wieder aufgenommen. Da in der Grazer Nervenlinik zu diesem Zeitpunkt kein Patient mit Malaria lag, wurde Malariablut von einem Militärkrankenhaus besorgt. Es zeigte sich jedoch bald, dass es sich dabei nicht um Malaria tertiana sondern beim Spender um einen Fall von Malaria tropica gehandelt hatte, was beim beimpften Patienten einen sehr schweren, schließlich letalen Krankheitsverlauf auslöste.<sup>241</sup> Dies verdeutlichte die Notwendigkeit, bei der Malariatherapie ausschließlich auf Stämme von Malaria tertiana zu achten. Aus diesen Behandlungsansätzen und Beobachtungen entwickelte sich die Idee, ob mit anderen Infektionskrankheiten ähnlich gute Erfolge erzielt werden konnten. Es wurden Versuche mit Malaria quartana sowie mit Malaria tropica gemacht. Als Behandlung der Wahl stellte sich die mit Malaria tertiana heraus, die breitflächig zum Einsatz kam. Neben der Malaria wurde dann auch das afrikanische Rückfallfieber angewendet.<sup>242</sup> Plaut und Steiner gelang es als ersten in Deutschland, Rückfallfieber erfolgreich zu übertragen.<sup>243</sup> Im Vergleich zur Malaria endete das Rückfallfieber nach drei bis vier Fieberanfällen von selbst, da man es jedoch nicht behandeln konnte, war eine Unterbrechung der Fieberanfälle unmöglich. Außerdem fand man Rekurrens-Spirochäten im Liquor, was bei den Plasmodien nicht der Fall war. Zwar waren auch unter Rekurrensterapie deutliche Remissionen zu beobachten, die Malariatherapie galt aber weiter als bevorzugte Methode. Nach der progressiven Paralyse wurde die Malaria dann auch zur Behandlung der Tabes dorsalis erfolgreich eingesetzt.<sup>244</sup> In seinem Buch zur Behandlung und Verhütung von Geisteskrankheiten von 1939 bezeichnet Carl Schneider (1891-1946) die fiebererzeugenden Behandlungen als „Umstimmungstherapien“.<sup>245</sup> Er beschrieb, dass die Paralyse als entzündlich-infektiöse Krankheit inso-

---

<sup>238</sup> In einem späteren Aufsatz beschreibt Wagner-Jauregg, dass er diese Idee schon 1887 formuliert hatte, er geht aber nicht darauf ein, warum es 30 Jahre dauerte, bis er diese Idee in die Tat umsetzte.

<sup>239</sup> Wagner-Jauregg, S. 133-135

<sup>240</sup> Gerstmann, S. 24

<sup>241</sup> Gerstmann, S. 24

<sup>242</sup> Gerstmann, S. 25

<sup>243</sup> Wagner-Jauregg, S. 159

<sup>244</sup> Wagner-Jauregg, S. 187 ff

<sup>245</sup> Schneider, Carl: Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Berlin (1939), S. 220-221

weit einen Sonderfall gegenüber anderen Erkrankungen in der Psychiatrie darstellte, als ihre Ursache bekannt war. Ein genauer Wirkmechanismus der Malariatherapie wurde nicht gefunden, vermutet wurde, dass die Malaria durch Aktivierung des „hämopoetischen Systems und auf den retikuloendothelialen Apparat“ ihre Wirkung entfaltete und so zur „Umstimmung“ zahlreicher Funktionen im Organismus führte.<sup>246</sup>

Da die Impfung mit Malaria recht schnell ein sehr erfolgreiches Therapieregime der Spätsyphilis darstellte und dadurch erstmals eine Heilung teilweise schwer kranker Patienten erzielt werden konnte, für die sonst nur sehr eingeschränkte bis keine Behandlungsmöglichkeiten existierten und durchaus gute Besserungen durch sie erzielt werden konnten, wurde über die Malaria - und die anderen Reiztherapien - viel geforscht und viel veröffentlicht. In seinem Leitartikel über die allgemeinen klinischen Ergebnisse der Reiztherapie der progressiven Paralyse der Jahre 1922 bis 1929 schreibt Jossmann in seinem Literaturhinweis, dass die Gesamtliteratur dieses Gebietes etwa 3000 Arbeiten umfasst.<sup>247</sup> Dabei wurde viel auf nervenärztlichem Gebiet veröffentlicht, aber auch in anderen Fachgebieten wie der Inneren Medizin und der Dermatologie gab es Veröffentlichungen und Dissertationen. Es würde den Rahmen sprengen, sich an dieser Stelle mit allen auseinanderzusetzen.

Im Folgenden soll vielmehr ein kurzer geschichtlicher Abriss des Einsatzes der Malariatherapie dargestellt werden. Der Hauptschwerpunkt liegt auf ihrer praktischen Durchführung und den unterschiedlichen Ergebnissen. Speziell wird dann auf die Ergebnisse in den Berliner Kliniken eingegangen.

Neben diversen Publikationen sind als Standardwerke über die Malariatherapie folgende Abhandlungen zu nennen, die einen großen Überblick über die Malariatherapie bieten:

Als Erster veröffentlichte Joseph Gerstmann (1887-1969) aus der Universitätsklinik für Psychiatrie und Nervenkrankheiten in Wien eine umfängliche Arbeit, die sowohl die Anfänge als auch die praktische Anwendung der Malariatherapie ausführlich und zusammenfassend darstellt.<sup>248</sup>

---

<sup>246</sup> Schneider, S. 224

<sup>247</sup> Jossmann, Paul: Allgemeine klinische Ergebnisse der Reiztherapie der progressiven Paralyse auf Grund der Erfahrungen der Jahre 1922-1929. In: Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932), S. 21

<sup>248</sup> Gerstmann, Joseph: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Unspezifische Therapie der Metalues des Zentralnervensystems mittels künstlicher Erzeugung einer akuten Infektionskrankheit. Wien (1925)

Als zweites ist der kurze Leitfaden der Malariatherapie von Bernhard Dattner und Otto Kauders aus der psychiatrischen Universitätsklinik Wien erwähnenswert, der einen guten Überblick über die Anfänge der Behandlung und vor allem einen ausführlichen Überblick über die praktische Anwendung der Malariatherapie bietet.<sup>249</sup>

Drittens beschreibt dann Julius Wagner-Jauregg selbst ausführlich die Fieber- und Infektionstherapie und stellt in seinem Werk die unterschiedlichen Therapieregime und deren jeweilige Erfolge dar.<sup>250</sup>

Speziell für Berlin wurde in den Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten 1932 eine Zusammenstellung von Artikeln von Karl Bonhoeffer (1868-1948) und Paul Jossmann (1891-1978) herausgegeben, in denen sowohl die einzelnen Heil- und Pflegeanstalten als auch die Nervenklinik der Charité ihre Erfahrungen mit der Malariatherapie veröffentlichten.<sup>251</sup>

### **6.3.3 Die praktische Durchführung der Malariatherapie**

#### **Indikationsstellung**

An erster Stelle stand die Indikationsstellung für die Behandlung. Dattner und Kauders schreiben, „daß alle jene Individuen, bei denen außer der Erkrankung des Zentralnervensystems keine andere schwere akute oder chronische mit Körperverfall und schwerer Funktionsstörung eines oder mehrerer Organsysteme einhergehende Erkrankung des Organismus vorliegt, zur Vornahme einer Malariatherapie geeignet sind.“<sup>252</sup> Als Kontraindikation wurden alle schweren Erkrankungen von Leber, Nieren und anderen inneren Organen angesehen. Dagegen seien leichtere Erkrankungen, wie „leichtere und kompensierte Herzfehler, wie Mitralvitien, Aorteninsuffizienz durchaus keine Kontraindikation“.<sup>253</sup> Gerstmann schreibt, dass auch die Aortitis, wie sie häufig als Begleiterscheinung bei der Neurolues auftreten kann,

---

<sup>249</sup> Dattner, Bernhard und Kauders, Otto: Kurzer Leitfaden der Malariatherapie auf Grund klinischer Beobachtungen und experimenteller Studien. Zweite, umgearbeitete Auflage. Leipzig und Wien (1927)

<sup>250</sup> Wagner-Jauregg, Julius: Fieber- und Infektionstherapie. Ausgewählte Beiträge 1887-1935. Wien, Leipzig, Berlin (1936).

<sup>251</sup> Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932)

<sup>252</sup> Dattner/Kauders, S. 3

<sup>253</sup> Dattner/Kauders, S. 4

keine Kontraindikation für die Malariatherapie darstellt. Allerdings müsse die Herztätigkeit bei diesen Patienten unter Therapie genauestens überwacht werden.<sup>254</sup> Auch abgeheilte tuberkulöse Herde stellten keine Kontraindikation dar, wohl aber eine floride Tuberkulose.

Hans Strobel beschreibt in seiner Dissertation von 1940 als Kontraindikationen:

- Tuberkulose
- Hypertonie
- Aneurysma
- Schwere Vitia cordis
- Gravidität
- Geisteskrankheiten in der Familie

Der Abbruch der Behandlung wurde empfohlen bei:

- Herzinsuffizienz
- Raschem Kräfteverfall
- Intestinalen Erscheinungen
- Heftigen tabischen Krisen<sup>255</sup>

### **Modus der Infektion mit Malaria**

Es fand stets eine Übertragung von Malariablut von Mensch zu Mensch statt unter Umgehung des eigentlichen Wirtes der Plasmodien, der Anophelesmücke. Dies geschah mittels „Impfung“, die auf drei unterschiedlichen Wegen erfolgen konnte: durch intravenöse Gabe, intrakutane Impfung oder Skarifikation (Einbringen durch Einritzen der Haut). Letztere war wenig erfolgreich, deshalb setzten sich die ersten beiden Applikationsformen durch. Dabei sollte der Blutspender mindestens einen Malariaanfall durchgemacht haben und ihm sollten zwei bis vier Kubikzentimeter Blut entnommen werden. Der intravenösen Gabe sollte Vorzug gegeben werden, wenn eine Verkürzung der Inkubation als angebracht erschien und man sollte eine Blutmenge von ein bis zwei Kubikzentimeter Blut wählen. Bei der intrakutanen Impfung wurden 0,1 bis 0,5 ccm Blut verwendet. Die Skarifikation kam alleinig fast nicht vor, sondern wurde stets zusammen mit der subkutanen Injektion angewendet.<sup>256</sup>

---

<sup>254</sup> Gerstmann, S. 27

<sup>255</sup> Strobel, Hans: Zur Malariatherapie der Syphilis. Diss. Univ. Berlin (1940)

<sup>256</sup> Dattner/Kauders, S. 5-7

## **Inkubationszeiten, Krankheitsverläufe und spezifische Nachbehandlungen**

Die Angaben über die Inkubationszeit bis zum Malariaausbruch konnten schwanken zwischen einigen Tagen und mehreren Wochen, der längste Fall habe eine Inkubationszeit von 50 Tagen gehabt, dabei habe es sich aber um einen Fall von Malaria quartana gehandelt.<sup>257</sup> Wovon genau die Inkubationszeit abhing, konnte nicht abschließend geklärt werden, da weder die unterschiedlichen Applikationsformen noch die Menge der Parasiten im übertragenen Blut reproduzierbare Ergebnisse erbrachten. Bei einigen Patienten trat unmittelbar nach Impfung eine kurz anhaltende Fieberreaktion auf, die aber von vielen Autoren nicht mit der Malaria selbst, sondern mit dem durch das Blut des anderen Patienten, dem Einbringen von körperfremden Eiweißen, in Verbindung gebracht wurde. Bei vielen war ein solches Fieber nicht zu beobachten.<sup>258</sup>

Während der Inkubationszeit bis zum ersten Fieberschub wurden weitestgehend keine Beschwerden beklagt. Mit Einsetzen der malariatypischen Fieberzacken beschrieben die Patienten Schüttelfrost sowie allgemeine Symptome wie Mattigkeit, Appetitlosigkeit und Abgeschlagenheit, hervorgehoben auch sensible Reizerscheinungen der unteren Extremitäten.<sup>259</sup> Es konnten im weiteren Verlauf aber auch durchaus schwerere Komplikationen wie profuse Diarrhöen, schweres Erbrechen bis hin zu passageren Leberparenchymstörungen auftreten.<sup>260</sup> Explizit wurde in den Veröffentlichungen darauf hingewiesen, dass die Impfmalaria einen gutartigen Verlauf zeige, als die durch Mücken akquirierte Tertiana. Man beobachtete allerdings, dass die Fieberzyklen nicht klassisch dem Tertianafieber mit Fieberzacken am jeweils dritten Tag folgten, sondern meist „Abweichungen [von] diese[m] Grundtypus“ auftraten. Es wurde angenommen, dass die unterschiedlichen Reifungsformen der Parasiten im Blut der geimpften Patienten die Ursache dafür waren. Ferner fand man bedeutend weniger Parasiten im Blutbild, womit man die weniger schweren Verläufe erklärte.<sup>261</sup> Meistens durchlebten die Patienten acht typische Fieberanfälle, bei guter Disposition des Patienten konnten diese auch auf zehn bis zwölf erhöht werden. Bei Auftreten schwerer Begleiterscheinungen, wie gastrischen Krisen, Ikterus oder Herzbeschwerden wurden kleine Gaben von Chinin (0,1-0,2 Gramm) empfohlen, da diese den nächsten Fieberschub abmilderten.<sup>262</sup>

---

<sup>257</sup> Gerstmann, S. 49-50; Es fällt auf, dass in vielen Abhandlungen von Patienten als „Behandlungsmaterial“ gesprochen wird.

<sup>258</sup> Dattner/Kauders, S. 16-17

<sup>259</sup> Dattner/Kauders, S. 19-20

<sup>260</sup> Dattner/Kauders, S. 27

<sup>261</sup> Dattner/Kauders, S. 21-23

<sup>262</sup> Dattner/Kauders, S. 26

Die Gestaltung der Malariatherapie, besonders der Versuch, Nebenwirkungen vorzubeugen bzw. die Krankheitssymptome der Malaria zu mildern, war insgesamt sehr heterogen. Prophylaktisch wurde z.B. jedem Patienten vor der Malariaimpfung eine kleine Dosis Digitalis zur Pulsreduzierung gegeben, daneben wurden Sedativa verordnet, um psychischen Entgleisungen vorzubeugen.<sup>263</sup> Auch konnten bei Kreislaufdysregulationen kleine Dosen Coffein (in Form einer Tasse Kaffee) oder Campher verabreicht werden.<sup>264</sup>

Beendet wurde die Malariatherapie regelhaft nach acht bis zwölf typischen Fieberanfällen durch Gaben von Chinin, was rasch zum Sistieren des Fiebers führte.<sup>265</sup> Dattner und Kauders wiesen explizit darauf hin, dass im Beobachtungszeitraum von neun Jahren kein einziger Fall eines Rezidivs bei Impfmalaria beobachtet wurde. Beeindruckend beschrieben wurde in der Nachbehandlungsperiode nach Ende des Fiebers „ein in vielen Fällen oft überraschender und von Tag zu Tag eklatanter werdender allgemeiner körperlicher Aufschwung der Kranken.“<sup>266</sup> Nach der Fiebertherapie setzte oft eine „auffällige Kräftigung des Gesamtorganismus“ ein und die Patienten berichteten über subjektive Gefühle von Wohlbefinden und neu gewonnener Lebenskraft.<sup>267</sup>

Häufig fanden spezifische Nachbehandlungen statt. Gerstmann beschrieb, dass sich an die Malariatherapie mit Beendigung des Fiebers durch Chinin eine Neosalvarsan-Behandlung anschloss mit insgesamt sechs Neosalvarsan-Injektionen im Abstand von jeweils einer Woche und mit je steigender Dosis. Diese sollte sich speziell gegen den „paralytischen Krankheitsprozeß“ richten. Die Notwendigkeit einer solchen Nachbehandlung wurde von Gerstmann kritisch hinterfragt, da durch die Malariatherapie per se eine Remission erreicht wurde und er keinen besonderen Nutzen in einer spezifischen Nachbehandlung sah.<sup>268</sup> Paetz beschrieb in seinem Artikel über die Bismogenoltherapie der Syphilis 1929 allerdings, dass durch eine Kombination aus Malariatherapie und anschließender Bismogenolkur eine deutlichere Besserung als durch alleinige Malariatherapie zu erreichen sei. Er selbst plädierte für eine Bismogenolkur, aber auch die Gabe von Salvarsan sei möglich. „[D]iese unspezifische Therapie muß, wie weitgehend anerkannt ist, durch anschließende spezifische Behandlung ergänzt

---

<sup>263</sup> Peters, Walter: Unsere Erfahrungen mit der Malaria-Therapie luetischer Erkrankungen. Inaugural-Dissertation, Gießen (1933), S. 13

<sup>264</sup> Dattner/Kauders, S. 28

<sup>265</sup> Gerstmann, S. 61

<sup>266</sup> Dattner/Kauders, S. 32

<sup>267</sup> Dattner/Kauders, S. 32

<sup>268</sup> Gerstmann, S. 62-63

werden.<sup>269</sup> Auch führe diese Kombinationsbehandlung zu einer dauerhaften Liquor-Sanierung, daher sei einer Therapiekombination der Vorzug zu geben.<sup>270</sup>

### **Andere Reiztherapien**

Neben der Malariatherapie kamen auch andere fiebererzeugende Substanzen zum Einsatz. Nach der Malariatherapie begannen Versuche mit anderen fiebererzeugenden Erkrankungen bzw. Substanzen. Im Jahr 1919 waren es F. Plaut und G. Steiner, die erstmals Rückfallfieber bei Paralytikern durch das Impfen mit Rekurrensspirochäten erzeugten.<sup>271</sup> Beim Rückfallfieber handelt es sich um eine fieberhafte Erkrankung, die durch das Bakterium *Borrelia recurrentis* (Familie der Spirochäten), verursacht wird. Die Infektion mit diesem Erreger wird im allgemeinen entweder durch Läusekot übertragen, der auf die Haut gerät und durch Kratzen in den Organismus eingebracht wird, oder sie wird durch Zecken übertragen, die den Erreger direkt in die Haut injizieren. Es treten Fieberintervalle auf, bei denen der Patient drei bis sechs Tage an Fieber leidet, gefolgt von einem fieberfreien Intervall von ca. sechs bis zehn Tagen. Die Fieberanfälle sind von starken Kopfschmerzen und einem allgemeinen Kräfteverfall begleitet. Es kann sogar zum Tod des Patienten durch eine Myokarditis kommen.<sup>272</sup> Die Idee des Einsatzes von Rückfallfieber als Behandlungsmethode für Paralytiker basierte auf der These, dass die „Immunkörper“, die gegen diese Form der Spirochäten im Organismus des Patienten erzeugt werden auch gegen andere Spirochäten, im Fall der Syphilis gegen die *Spirochäta pallida*, wirken. Therapeutischen Einsatz fand ein Spirochätenstamm des Hamburger Tropeninstituts, der in Mäusen gezüchtet worden war. Zur Impfung des Patienten wurde einer „infizierten Maus einige Tropfen Herzblut steril entnommen und mit 1-2 ccm Kochsalzlösung verdünnt [ ]“.<sup>273</sup> Von dieser Lösung wurde dem Patienten 0,5 ccm subkutan oder intravenös appliziert. Nach einer Inkubationszeit von etwa sechs bis sieben Tagen traten dann die ersten Fieberanfälle auf, gefolgt von jeweils fieberfreien Intervallen.<sup>274</sup> Der deutliche Nachteil an dieser Form der Therapie war, dass für das Rückfallfieber keine Behandlungsoption bestand, also die Fieberanfälle ärztlich nicht unterbrochen werden konnten; sie setzte sich therapeutisch nicht durch.

---

<sup>269</sup> Paetz, Walter: Die Bismogenoltherapie der Syphilis. In: Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin, Band V, Heft 6. Leipzig (1929), S. 250-251

<sup>270</sup> Paetz, S. 253

<sup>271</sup> Hall, S. 142

<sup>272</sup> Hahn, H.: Borrelien. In: Hahn/Falke/Klein: Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 472-473

<sup>273</sup> Hall, S. 142

<sup>274</sup> Hall, S. 143

In Erlangen wurde erstmals 1927 Rattenbissfieber (Sodoku), eine virusbedingte Infektionskrankheit, als Behandlung der progressiven Paralyse eingesetzt; die Applikation erfolgte wie bei der des Rückfallfiebers. Das Fieber setzte circa zehn Tage nach Einbringen des Erregers in den Organismus ein. Auch diese Therapieoption wurde vereinzelt verwendet, setzte sich aber nicht durch.<sup>275</sup>

Da man sowohl bei der Malariatherapie als auch bei der Reccurensbehandlung die positive therapeutische Wirkung dem Fieber zuschrieb, versuchte man, auch auf andere Art und Weise Fieber zu erzeugen. Vorrangiges Ziel dabei war, im Organismus des Patienten Fieber auszulösen, die „Nebenwirkungen“, die durch die teilweise schweren Krankheitssymptome auftraten, jedoch weitestgehend zu vermeiden. In diesem Kontext wurde von der Firma Hugo Rosenberg in Freiburg das Pyrifer entwickelt. Dabei handelte es sich um eine Lösung von Eiweißstoffen, die aus einem apathogenen Stamm der Coli-Gruppe gewonnen wurde. 1925 wurde dieses Mittel erstmals in Freiburg eingesetzt, wobei die deutlich fiebererzeugende Wirkung nur bei intravenöser Applikation eintrat.<sup>276</sup> Therapeutisch wurde jeden zweiten Tag eine steigende Dosis von Pyrifer verabreicht, insgesamt wurden zwölf Spritzen verabreicht. Fieber entwickelte sich meist eine halbe Stunde nach der Injektion. Zwar waren auch unter dieser Form der Fiebertherapie Behandlungserfolge zu beobachten, sie blieben jedoch „bezüglich der therapeutischen Wirksamkeiten deutlich hinter der Malariatherapie zurück.“<sup>277</sup> Pyrifer als Therapie der progressiven Paralyse wurde nur eingesetzt, wenn die Malariatherapie zu riskant erschien.

Ein weiteres fiebererzeugendes Mittel war das Sulfosin, ein ein-prozentiges sterilisiertes Schwefelöl, das zur Behandlung der progressiven Paralyse eingesetzt wurde. Harry Marcuse und Franz Kallmann aus der Heil- und Pflegeanstalt Herzberge in Berlin setzten versuchsweise Sulfosin zur Fiebererzeugung ein. Das Fieber setzte jeweils kurz nach der Injektion ein. Es wurden auch positive Behandlungserfolge beschrieben, der Behandlungszeitraum von einem Jahr wurde jedoch als zu kurz erachtet, um die therapeutischen Resultate abschließend zu beurteilen.<sup>278</sup>

Zur weiteren Fiebererzeugung wurde Milch intramuskulär verabreicht und ein Gemisch lebender Saprophyten (genannt Saproviton) verwendet; letzteres fand aber nicht allein bei der

---

<sup>275</sup> Hall, S. 145-146

<sup>276</sup> Hall, S. 146

<sup>277</sup> Hall, S. 146-147

<sup>278</sup> Hall, S. 152-153

Behandlung der progressiven Paralyse Einsatz, sondern wurde auch bei schizophrenen Psychosen eingesetzt mit nicht eindeutigem therapeutischen Erfolg.

Obwohl durch alle genannten Mittel massive Fieberanfälle erzielt werden konnten, war durch die Malariatherapie bei progressiver Paralyse doch ein deutlich höherer therapeutischer Erfolg zu verzeichnen, deshalb wurde sie am häufigsten als Therapie eingesetzt.

### **Klinische Ergebnisse**

Karl Bonhoeffer und Paul Jossmann veröffentlichten 1932 eine Arbeit, die sich mit den gesammelten Ergebnissen der Reiztherapie auseinandersetzte.<sup>279</sup> Bezüglich der Wirksamkeit der Malariatherapie bestand „weitgehende Übereinstimmung unter den verschiedenen Autoren“.<sup>280</sup> Auch die Art der Anwendung war weitestgehend einheitlich. Da in etlichen Studien aber entweder kleine Patientenzahlen vorlagen oder ein zeitlich kurzer Behandlungsablauf gewählt wurde, bedurfte es der Auswertung eines größeren Patientenkollektivs und eines längeren Behandlungszeitraumes. Dem kamen Bonhoeffer und Jossmann nach. Sie führten die Ergebnisse der Malariatherapie der „Psychiatrische[n] und Nervenlink der Charité, der Heil- und Pflegeanstalten Buch, Herzberge, Wittenau und d[er] Kuranstalten Westend“ zusammen.<sup>281</sup> Um eine Vergleichbarkeit der Daten ermöglichen zu können, und „[U]m die Einheitlichkeit der Bearbeitung durch die verschiedenen Untersucher zu gewährleisten, wurde ein Vordruck benutzt, der in Stichworten alle wesentlichen Punkte des klinischen Verlaufs vom Beginn der paralytischen Erkrankung an über die klinische Behandlung und die Einzelkatamnesen bis zur Gegenwart festlegte.“<sup>282</sup> Es wurden zwei Gruppen unterschieden. Die bis 1925 behandelten Patienten gehörten zur Gruppe A und die ab 1925 bis 1929 behandelten gehörten zur Gruppe B. Die Ergebnisse wurden nach vier Gesichtspunkten eingeteilt:

- I sogenannte Vollremissionen
- II unvollständige Remissionen
- III Versager
- IV Todesfälle

---

<sup>279</sup> Jossmann, S. 1-21

<sup>280</sup> Hall, S. 149-151

<sup>281</sup> Jossmann, S. 2

<sup>282</sup> Jossmann, S. 2

Insgesamt wurden 2200 Fälle ausgewertet, deren überwiegende Mehrzahl männliche Patienten darstellten. „Die Eingliederung in die einzelnen Ergebnisgruppen erfolgte nach den klinischen Untersuchungen und den Ermittlungen über die soziale Brauchbarkeit.“<sup>283</sup>

Gruppe I umfasste die Fälle mit minimalen oder praktisch keinen klinischen Befunden, die entweder berufstätig oder arbeitsfähig waren. Zur Gruppe II zählten die Patienten, „die trotz mehr oder minder grober Defekte im Endergebnis deutliche Besserungen nach der Behandlung zeigten, so daß sie entweder im alten Beruf, wenn auch in weniger verantwortungsvoller Stellung als früher, tätig sein konnten, oder daß sie in einem Beruf mit geringeren Anforderungen verwendbar waren, oder schließlich, daß sie sich in ihr altes häusliches Milieu ... wieder eingliedern ließen.“<sup>284</sup> Gruppe III umfasste die Patienten, bei denen praktisch kein Behandlungserfolg erzielt werden konnte und Gruppe IV die „Gesamtheit der Todesfälle“, also auch Patienten, die unabhängig von der unmittelbaren Malariatherapie verstarben.

Teilweise waren deutliche Unterschiede in den einzelnen Gruppen der verschiedenen Kliniken zu finden, die unter anderem darauf beruhten, dass das Patientenkollektiv (z.B. in Buch) nur aus solchen bestand, die nur zur Pflege und somit in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium aufgenommen wurden, was die Behandlungserfolge statistisch deutlich schlechter wirken ließ. Eine ersichtliche Verbesserung der allgemeinen Behandlungserfolge, wie sie im zweiten Beobachtungszeitraum festzustellen war, beruhte auch auf der Tatsache, dass ab 1925 quasi alle in Frage kommenden Paralytiker einer Malariatherapie unterzogen wurden. Neben der Unterscheidung der Berliner Kliniken stellte Jossmann die Ergebnisse vieler deutscher Kliniken gegenüber und nahm auch diverse ausländische Kliniken in die Vergleichsgruppe auf. Als einziges Ergebnis stach im British Medical Journal eine Todesrate von 62,1 Prozent bei 227 Patienten heraus, die in den Jahren 1920 bis 1923 behandelt, aber keiner Reiztherapie zugeführt wurden. Alle mit Reiztherapie behandelten Patientengruppen zeigten signifikant bessere Ergebnisse, gute Remissionen und bei allen war die Todesrate mit weitem Abstand geringer.<sup>285</sup> Neben der reinen Malariatherapie wurden auch die Erfolge anderer Reiztherapien, wie der Mehrfachbehandlung, der Reccurenstherapie und der Einsatz anderer fiebererzeugender Substanzen verglichen, wobei für einige Gruppen nur eine sehr kleine Fallzahl vorlag, so dass deren Ergebnisse nicht richtungsweisend sein konnten.<sup>286</sup>

---

<sup>283</sup> Jossmann, S. 3-4

<sup>284</sup> Jossmann, S. 4

<sup>285</sup> Jossmann, S. 7-8

<sup>286</sup> Jossmann, S. 9-14

Zusammenfassend kommt Jossmann zu dem Schluss, dass „[d]ie Reiztherapie [] bisher niemals erreichte Erfolge in der Beeinflussung der progressiven Paralyse erzielt [hat].“<sup>287</sup> In über 40 Prozent der Fälle wurde eine Besserung erreicht, bei 23 Prozent eine Heilung. Über die Wahl des „reiztherapeutischen Mittels“ konnte keine abschließende Entscheidung getroffen werden, da alleinig über die Malaria die meisten Erfahrungen vorlagen, für die anderen Therapien, die teilweise auch gute Behandlungserfolge zeigten, keine ausreichenden Fallzahlen existierten. „Die besten Remissionschancen liegen dann vor, wenn in relativ frühem Lebensalter initiale Stadien der Paralyse erfaßt werden. ... Erwiesen ist, daß eine nicht kleine Zahl guter Remissionen ohne jede spezifische Nachbehandlung das Ergebnis der Reiztherapie ist, erwiesen ist ferner die Sanierungstendenz von Blut und Liquor unabhängig von der spezifischen Nachbehandlung (...).“<sup>288</sup>

Im Vergleich zu den anderen Berliner Kliniken und auch im Vergleich zum Patientenkollektiv der Wittenauer Heilstätten stellte sich deutlich dar, dass die Behandlungserfolge in der Klinik Wiesengrund im Vergleich zu den sonstigen Heil- und Pflegeanstalten deutlich besser waren, was der Aufnahme der Patienten in einem noch frühen Ausprägungsgrad der Erkrankung und dem besseren klinischen Ausgangsbild bei Behandlung zugeschrieben wurde, wie Richard Heinrich dies auch in seinem Aufsatz ausführte.<sup>289</sup>

---

<sup>287</sup> Jossmann, S. 20

<sup>288</sup> Jossmann, S. 21

<sup>289</sup> Heinrich, Richard: Erfolge der Malariatherapie bei progr. Paralyse in der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten. In: Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932), S. 115-116

## 7 Malariatherapie in der Männerklinik Wiesengrund

In der Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf befassten sich vier von insgesamt 21 Artikeln mit der Malariatherapie.<sup>290</sup> Schulze berichtete darüber, dass kein anderes fiebererzeugendes Mittel mit den Erfolgen unter der Malariatherapie gleichgesetzt werden konnte. Zur zweiten Malariatherapie sollte stets Malaria quartana und nicht wie anfangs Malaria tertiana verwendet werden, da der Patient bei der zweiten Verabreichung von Malaria tertiana-Blut schnell wieder entfieberte bzw. kein Fieber bekam und eine gewisse Immunität gegen den Erreger der Malaria angenommen wurde.<sup>291</sup> Klare berichtete über die Schwierigkeit der Diagnose einer Metalues bei Mischbildern, hob in seinem Artikel aber hervor, dass „durch die im Jahr 1926 erfolgte Gründung der offenen Nervenklinik Wiesengrund die Behandlung einer besonders großen Anzahl von Frühfällen der Paralyse ...“ besonders günstige Behandlungsbedingungen geschaffen worden waren.<sup>292</sup> Die „verhältnismäßig rüstige Körperbeschaffenheit der Frühparalytiker“ führte zu einer auffällig geringen Sterblichkeitsziffer bei den Malariakuren.<sup>293</sup> Er wies abschließend darauf hin, dass sich die „Schaffung einer offenen Nervenklinik im Rahmen der großen Heilanstalt“ bezüglich der Behandlung der Frühparalysen „als besonders fruchtbringend erwiesen hat“.<sup>294</sup> Bender stellte in seinem Artikel die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei Spätsyphilitikern dar. Bemerkenswert ist auch die Feststellung von Wethmar, dass es trotz anfänglicher Befürchtungen nicht zu einer Übertragung von Malaria von geimpften Patienten auf andere Patienten oder das Personal durch Mückenstiche kam.<sup>295</sup>

In der Klinik Wiesengrund wurde die Malariatherapie überwiegend zur Behandlung der Spätsyphilis eingesetzt, in seltenen Fällen jedoch auch bei anderen Erkrankungen. Im Folgenden wird die Syphilisdiagnostik und -therapie anhand der Auswertung der Akten im Einzelnen beschrieben.

---

<sup>290</sup> Schulze, F. Otto: Metaluesbehandlung mit Malaria quartana. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 67-68; Klare, Heinz: Metaluesprobleme unter dem Gesichtswinkel der Fieberbehandlung. Festschrift, S. 90-100; Bender, Wilhelm: Ein Beitrag zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse. Festschrift S. 116-125; Wethmar, Rudolf: Biologische Betrachtungen zur Impfmalaria. Festschrift S. 203-207

<sup>291</sup> Schulze, Metaluesbehandlung, S. 67-68

<sup>292</sup> Klare, S. 95

<sup>293</sup> Klare, S. 98

<sup>294</sup> Klare, S. 100

<sup>295</sup> Wethmar, S. 203

## 7.1 Syphilisdiagnostik

### WaR Test

Zur Sicherung der Diagnose Syphilis wurden auch in der Männerklinik Wiesengrund Blut und Liquor auf die „Wassermannsche Reaktion“ untersucht. Bei den Patienten, bei denen die Diagnose Syphilis gesichert war, wurde der WaR Test nicht erneut durchgeführt.

In den 1011 ausgewerteten Akten wurden insgesamt 345 WaR Untersuchungen im Blut und 271 im Liquor dokumentiert. Davon wurden die Untersuchungsergebnisse sechs Mal von externen behandelnden Ärzten oder ambulanten Untersuchungen übernommen. Für die Lumbalpunktionen (46) und Suboccipitalpunktionen (46) war nur in Einzelfällen im ärztlichen Bericht die Einwilligung des Patienten vermerkt. Es ist aber davon auszugehen, dass alle Patienten zumindest mündlich der Maßnahme zugestimmt haben, da dokumentiert wurde, dass zehn Patienten eine Punktion ablehnten oder verweigerten, die dann nicht erfolgte. In 174 Akten konnte nicht eruiert werden, auf welche Weise der Liquor entnommen wurde.

Bei 152 Patienten wurde in der Anamnese eine Syphiliserkrankung, bei 80 Patienten eine Gonorrhoe und bei 15 Patienten eine andere bzw. eine nicht näher bezeichnete Geschlechtskrankheit angegeben. Von den Patienten, die keine Kenntnis von einer Infektion mit einer Geschlechtskrankheit in der Vergangenheit hatten, bei denen aber die Symptome darauf hindeuteten, wurden 77 WaR positiv (Blut und/oder Liquor) getestet.

## WaR Untersuchungen

WaR Untersuchungen bei	Pat.	WaR im Blut	WaR im Liquor	LP	SOP	keine Angaben	abgelehnt	extern / ambulant
<b>Patienten der ausgewerteten Akten</b>	1011	345	271	46	46	<b>179</b>	10	6
<b>Patienten - keine Neurosyphilis</b>	673	116	60	8	11	41	5	0
<b>Patienten mit Diagnose Neurosyphilis</b>	338	229	211	38	35	138	5	6
davon WaR Untersuchung nur im Liquor			6					1
keine WaR Untersuchung im Blut		109						
<b>Geschlechtskrankheiten in der Anamnese</b>								
Syphilis	132	100	92					2
Gonorrhoe	34	24	22					1
andere Geschlechtskrankheit oder "Geschwür" am Genitale	14	11	9					
keine Angaben	158	94	88					3
<b>Summe</b>	<b>338</b>	<b>229</b>	<b>211</b>					<b>6</b>

Tabelle 17: Untersuchungen auf WaR

Bei Patienten mit anderen Diagnosen als Neurosyphilis wurde 116 Mal die WaR Untersuchung im Blut und 60 Mal im Liquor (LP 8, SOP 11, keine Angaben 41) bestimmt.

Die Ergebnisse, ohne dass die ursprüngliche Diagnose korrigiert wurde sind:

WaR im Blut negativ - im Liquor negativ	50
WaR im Blut negativ - keine Liquoruntersuchung	53
WaR im Blut negativ - im Liquor "keine Zellen"	2
WaR im Blut zweifelhaft oder fraglich - keine Liquoruntersuchung	2
WaR im Blut positiv - im Liquor negativ	5
WaR im Blut positiv - im Liquor positiv	2
WaR im Blut positiv - keine Liquoruntersuchung	2

Von den 9 WaR positiv getesteten Patienten erhielt 1 Patient eine Bismogenolkur, 1 Patient Mirion, 1 Patient eine Schmierkur, Bäder und Physiotherapie, bei 5 Patienten gab es keine Angaben und eine Akte war nicht lesbar.

In der Anamnese war bei 21 Patienten eine Lues (vier Mal + Gonorrhoe), bei 46 Patienten eine Gonorrhoe (zwei Mal + Geschwür, ein Mal mehrfache Infektionen) und bei drei Patienten eine nicht näher bezeichnete Geschlechtskrankheit dokumentiert.

Von den 338 Patienten mit der Diagnose Neurosyphilis wurde 229 Mal die WaR Untersuchung im Blut und 211 Mal im Liquor (LP 38, SOP 35, keine Angaben 138) bestimmt. Davon wurden sechs WaR Tests nur im Liquor durchgeführt.

Die Ergebnisse sind:

WaR im Blut positiv - im Liquor positiv	103
WaR im Blut positiv - im Liquor negativ	15
WaR im Blut positiv - im Liquor zweifelhaft oder fraglich	3
WaR im Blut positiv - keine Liquoruntersuchung	15
WaR im Blut zweifelhaft oder fraglich - im Liquor positiv	12
WaR im Blut zweifelhaft oder fraglich - im Liquor negativ	2
WaR im Blut zweifelhaft oder fraglich - keine Liquoruntersuchung	1
WaR im Blut negativ - im Liquor positiv	20
WaR im Blut negativ - im Liquor negativ	45
WaR im Blut negativ - im Liquor zweifelhaft oder fraglich	4
WaR im Blut negativ - keine Liquoruntersuchung	8
WaR im Blut negativ - Liquorbefund fehlt	1
WaR im Liquor positiv - keine Blutuntersuchung	4
Liquorbefund fehlt - keine Blutuntersuchung	2

In der Anamnese war bei 132 Patienten eine Lues (21 Mal + Gonorrhoe, ein Mal + zwei Mal Gonorrhoe, ein Mal + Gonorrhoe + Ulcus molle), bei 34 Patienten eine Gonorrhoe (ein Mal zweimalige Infektion, ein Mal + Geschwür, ein Mal + Ulcus molle) und bei 14 Patienten eine nicht näher bezeichnete Geschlechtskrankheit dokumentiert.

<b>Patienten insgesamt 1011</b>			<b>338</b>	<b>673</b>
<b>Bekannte Geschlechtskrankheiten</b>	<b>alle Patienten</b>		Patienten mit Neurosyphilis	alle anderen Patienten
<b>Lues</b>	<b>153</b>	davon	<b>132</b>	<b>21</b>
davon	u. Go	25	21	4
	u. Go 2 x	1	1	
	u. Go + Ulc mo	1	1	
<b>Gonorrhoe</b>	<b>80</b>	davon	<b>34</b>	<b>46</b>
davon	mehrfach	1		1
	2 x	1	1	
	u. Geschwür	3	1	2
	u. Ulcus molle	2	2	
<b>Andere Geschlechtskrankheiten</b>	<b>17</b>	davon	<b>14</b>	<b>3</b>
davon				
nicht näher bez. Geschlechtskrankheit	7		5	2
Geschwür	5		5	
Ulcus molle	2		1	1
Ausschlag	2		2	
Entzündung am Penis	1		1	
<b>keine Geschlechtskrankheiten in der Anamnese</b>	<b>761</b>	davon	<b>158</b>	<b>603</b>
<b>davon WaR positiv getestet</b>	<b>80</b>		75	5
<b>davon</b>	im Blut	64	59	5
	im Liquor	16	16	

Tabelle 18: Geschlechtskrankheiten in der Anamnese

## 7.2 Die Therapie der Patienten mit Diagnose Neurosyphilis

Von den 338 Patienten mit der Diagnose Neurosyphilis erhielten 204 eine Malariatherapie, sechs Patienten wurden mit Recurrensblut behandelt und 50 Patienten erhielten andere Therapien.

Bei 78 Patienten, von denen vier Patienten bereits in der Vorgeschichte eine Malariakur und 22 Patienten eine oder sogar mehrere andere Therapien (Salvarsan-, Pyrifer-, Bismogenol-, Mirion- oder Schmierkur) erhalten hatten, wurde keine spezielle Therapie dokumentiert.

Es gab zwei Patienten mit anderen Diagnosen, die ebenfalls mit Malariablut behandelt wurden:

Ein Patient mit multipler Sklerose bat dringend um die Malariakur, weil es seinem Zimmernachbarn nach der Therapie besser ging. Er erhielt zwei Kubikzentimeter Malariablut intrave-

nös, hatte eine Inkubationszeit von elf Tagen und zehn Fieberschübe. Im Anschluss erhielt er drei Mal 2,4 g und zwei Mal 1,2 g Chinin. Der Patient fühlte sich wesentlich besser. Sein Zustand bei der Entlassung war gebessert.

Der andere Patient mit einer Arteriosklerosis cerebri hatte sich angeblich 1912 mit Lues infiziert; WaR im Blut und im Liquor waren aber negativ. Er erhielt zwei Kubikzentimeter Malaria-Blut subkutan, hatte eine Inkubationszeit von zehn Tagen und zehn Fieberschübe. Im Anschluss erhielt er drei Mal 2,4 g und zwei Mal 1,2 g Chinin und eine Bismogenolkur (zwölf Mal 1,0 ml als intravenöse Gabe). Nach der Therapie hatte der Patient noch ein Kribbeln in den Beinen. Sein Zustand bei der Entlassung war nicht dokumentiert.

In der Verlaufsdokumentation wurden verschiedene Gründe, warum 78 Patienten keine Therapie erhielten, gefunden:

Eine Behandlung war krankheitsbedingt nicht möglich, der Patient wurde verlegt	25
Der Patient war entwichen oder aus dem Urlaub nicht zurückgekehrt	8
Der Patient lehnte die Therapie ab	12
Der Patient wurde auf eigenen Wunsch entlassen	6
Der Patient war nur sehr kurz oder zur Beobachtung in der Klinik	10
Die Akte war nicht lesbar	2
Es wurden keine Angaben gefunden	15

Der Zustand von 14 Patienten war bei der Entlassung gebessert, von 13 Patienten ungebessert, sechs Patienten wurden auf eigenen Wunsch entlassen, sechs Patienten wurden in Abwesenheit entlassen, 25 Patienten wurden verlegt (davon 22 in die Hauptanstalt, zwei ins Virchow-Krankenhaus und einer in die Charité), für 14 Patienten gab es keine Angaben.

Begründung für die Behandlung mit Recurrensblut:

Wahnvorstellungen, der Patient wurde in die Hauptanstalt verlegt, wurde dort mit Malaria geimpft und verstarb	1
Der Patient hatte hohen Blutdruck, erhielt 12 x 1,0 Bismogenol	1
Es wurden keine Angaben gefunden	4

Der Zustand von drei Patienten war bei der Entlassung gebessert, für zwei Patienten gab es keine Angaben und ein Patient wurde verlegt.

## 7.2.1 Andere Therapien der Neurosyphilis

Für die 50 durchgeführten anderen Therapien fanden sich in den Akten nur vereinzelt Begründungen:

Keine Malariakur bei Paranoia	1
Keine Malariatherapie bei unklarer Diagnose	1
Pyriferkur, da Malariabehandlung nicht erfolgreich war	1
Herzleiden, durchgehend Tachykardie bis 110/min	1
Die Akte war nicht lesbar	1
Es wurde keine Begründung gefunden	45

Die anderen Therapien:

Der Patient erhielt eine Bismogenolkur davon erhielt	21
1 Patient zusätzlich 12 Pyriferinjektionen	
1 Patient zusätzlich eine Neosalvarsankur (12 x) und Gymnastik, Massage, Luftsprudelbäder	
1 Patient zusätzlich eine Neosalvarsankur (12 x)	
1 Patient zusätzlich nicht näher bezeichnete Medikamentenbäder	
1 Patient wollte die Therapie nicht weiterführen, sie wurde abgebrochen	
Pyrifer	6
Neurosmon	2
Mirion	4
Atropinkur	1
Schmierkur	7
Bäder / Physiotherapie	7
Starker Kaffee	1
Strenge Diät	1

Der Zustand der 21 Patienten, die eine Bismogenolkur erhielten, war bei der Entlassung bei zwölf Patienten gebessert, zwei Patienten wurden in die Hauptanstalt verlegt, zwei Patienten wurden auf eigenen Wunsch entlassen, ein Patient verstarb und für vier Patienten gab es keine Angaben.

Der Zustand der 29 Patienten, welche die oben angegebenen Therapien erhielten, war bei der Entlassung bei elf Patienten gebessert, drei Patienten wurden in die Hauptanstalt verlegt, ein Patient ins Virchowkrankenhaus, zwei Patienten wurden auf eigenen Wunsch entlassen (davon einer nach Abbruch der Therapie) und für fünf Patienten gab es keine Angaben.

Siehe Anhang 6 „andere Therapien der Neurosyphilis“.

### **7.3 Die Malariatherapie im Wiesengrund**

Im Wiesengrund fand die Malariabehandlung stets nur mit Einverständnis des Patienten selbst oder des nächsten Angehörigen statt. Die Ergebnisse waren sehr unterschiedlich. Einige Patienten konnten eine deutliche Besserung feststellen, was vor allem bei den lanzierenden Schmerzen und den Gehstörungen festzustellen war. Allerdings war dies nicht durchgehend der Fall. Manchmal blieb die Malariatherapie erfolglos, es traten auch schwere Nebenwirkungen in Form von Kreislaufstörungen und schweren Verwirrtheitszuständen auf, die dann teilweise eine Verlegung in die Hauptanstalt, die Wittenauer Heilstätten, erforderlich machten.

#### **7.3.1 Einverständnis zur Durchführung einer Malariakur**

In den Akten der 204 Patienten, die mit Malariablut geimpft wurden, lagen bei 142 Patienten schriftliche Einverständniserklärungen zur Durchführung einer Fieberkur durch Verabreichung von Malariablut vor. In 62 Akten gab es keine Angaben.

Das Einverständnis gab:

die Ehefrau	108
der Patient selbst	23
der Patient und die Ehefrau	4
die Mutter	4
der Patient und dessen Mutter	1
die Schwester	1
der Bruder	1
Es gab keine Angaben	62

Da in den Akten, in denen dokumentiert war, dass der Patient eine Malariakur ablehnte, diese nicht durchgeführt wurde, ist davon auszugehen, dass auch die Patienten - oder deren Angehörige - ihre Einwilligung gegeben hatten, bei denen dies in den Akten nicht explizit dokumentiert war.

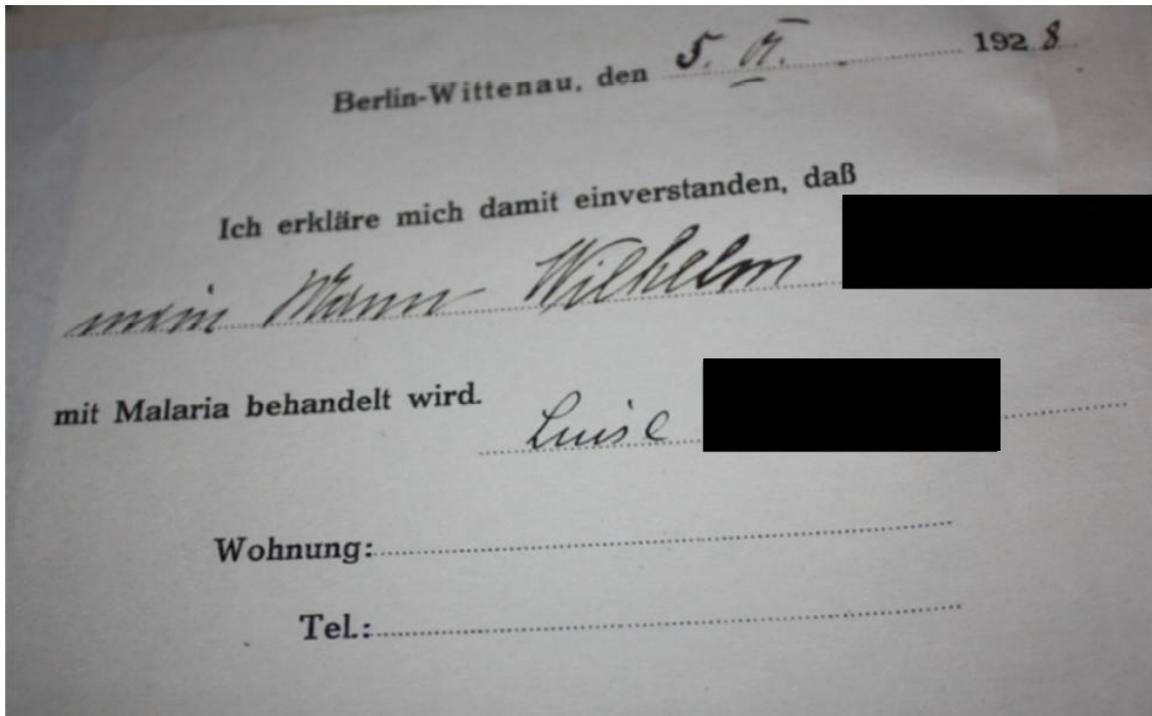


Abb. 19: Einverständniserklärung zur Malariatherapie<sup>296</sup>

<sup>296</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 03

### 7.3.2 Die Durchführung der Malariatherapie

In den 1011 ausgewerteten Akten war bei Patienten mit einer Neurosyphilis 204 Mal eine Malariatherapie dokumentiert.

Die Malariaimpfung wurde zunächst immer mit Malaria tertiana durchgeführt.

Die Patienten erhielten:

eine einmalige Impfung mit Malaria tertiana	187
Mehrfachimpfungen	17

davon erhielten:

14	Patienten 2 x Malaria tertiana zwischen 1 ccm und 3 ccm
1	Patient 1 x Malaria tertiana und 1 x Recurrensblut
1	Patient 1 x Malaria tertiana und 1 x Malaria quartana
1	Patient 2 x Malaria tertiana, 1 x Malaria quartana und 1 x Recurrensblut

Der zeitliche Abstand zwischen den Impfungen war sehr individuell und lag zwischen zwölf Tagen und bis zu sieben Wochen.

### 7.3.3 Injektionsmenge und Injektionsart

Die Patienten wurden mit unterschiedlichen Mengen Malariablut geimpft. Das Blut für die Injektion zur Impfung stammte stets von einem anderen Patienten der Klinik, der zuvor selbst mit Malaria infiziert worden war (nur vereinzelt war in den Akten der Name des jeweiligen Spenders angegeben).<sup>297</sup> Dieses wurde dann zur Malariaimpfung verwendet. Die Injektionsart variierte ebenfalls, ohne dass sich aus den Akten zwingende Gründe für die Unterschiede ergaben. Bei den Mehrfachimpfungen war aus der Dokumentation erkennbar, dass die Patienten kein Fieber entwickelten und deshalb nachgeimpft wurden.

Zur besseren Veranschaulichung wurden für die folgende Aufstellung die einmaligen Impfungen (187) nach Injektionsmenge und Injektionsart ausgewählt.

---

<sup>297</sup> Es hielt sich das Gerücht, dass in Wittenau eine Mückenzucht bestanden haben soll. Dafür wurde kein Hinweis gefunden. Bis zuletzt fand die Malariatherapie ausschließlich durch Impfung von infiziertem Blut anderer Patienten statt.

Aus den Akten war ersichtlich, dass zwei Kubikzentimeter Malariablut mit Abstand am häufigsten injiziert wurden.

Die Menge Malariablut nach Häufigkeit der Applikation geordnet:

2 ccm	erhielten	120	Patienten
1 ccm	erhielten	27	Patienten
3 ccm	erhielten	24	Patienten
2,5 ccm	erhielten	10	Patienten
1,5 ccm	erhielten	2	Patienten
3,5 ccm	erhielt	1	Patient
5 ccm	erhielt	1	Patient

Und zweimal gab es keine Angaben.

Die Impfung erfolgte bei 74 Patienten intravenös (i.v.), bei 32 Patienten subkutan (s.c.), bei 30 Patienten intramuskulär (i.m.), bei 14 Patienten intrakutan (i.c.) und bei 37 Patienten gab es keine Angaben (k.a.) oder es war „Impfung“ (zwei Mal) dokumentiert.

Menge Malariablut	Patienten	davon				
		i.v.	i.m.	s.c.	i.c.	keine Angaben oder "Impfung"
1 ccm	27	16	1		10	
1,5 ccm	2	1				1
2 ccm	120	53	20	18	4	25
2,5 ccm	10	2	1	5		2
3 ccm	24	2	7	8		7
3,5 ccm	1		1			
5 ccm	1			1		
keine Angaben	2					2
<b>Gesamtzahl</b>	<b>187</b>	<b>74</b>	<b>30</b>	<b>32</b>	<b>14</b>	<b>37</b>

Tabelle 19: Menge und Darreichungsform bei Malariaimpfung

### 7.3.4 Inkubationszeit und Anzahl der Fieberschübe

Die Inkubationszeiten und die Anzahl der Fieberschübe wurden nach Injektionsmenge und Injektionsart erfasst, einschließlich der Mehrfachimpfungen mit Malariablut und der Impfungen mit Recurrensblut (insgesamt 210).

Die Tabellen „Inkubationszeit nach Impfung mit Malariablut oder Recurrensblut“ und „Anzahl der Fieberschübe nach Impfung mit Malariablut oder Recurrensblut“ sind in Anhang 7 und Anhang 8 einzusehen.

Bei der Betrachtung der Tabellen aus unterschiedlichen Perspektiven wurde ersichtlich, dass die Inkubationszeit und auch die Anzahl der Fieberschübe unabhängig von der Menge des Malariablutes waren. Auch ob die Injektion intravenös, intramuskulär, subkutan oder intrakutan erfolgte, war unerheblich.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurden für die 187 ausgewählten Akten in der Tabelle im Anhang 9 die Inkubationszeit, die Anzahl der Patienten, die Injektionsart und die Anzahl der Fieberschübe aufgelistet.

Am häufigsten betragen die Inkubationszeiten zwischen sieben und zehn Tagen. Mit Abstand am häufigsten hatten die Patienten zehn Fieberschübe, gefolgt von elf, zwölf und neun Fieberschüben.

Für die Erstellung der beiden folgenden Diagramme wurden 187 einmalige Malariaimpfungen ausgewählt.

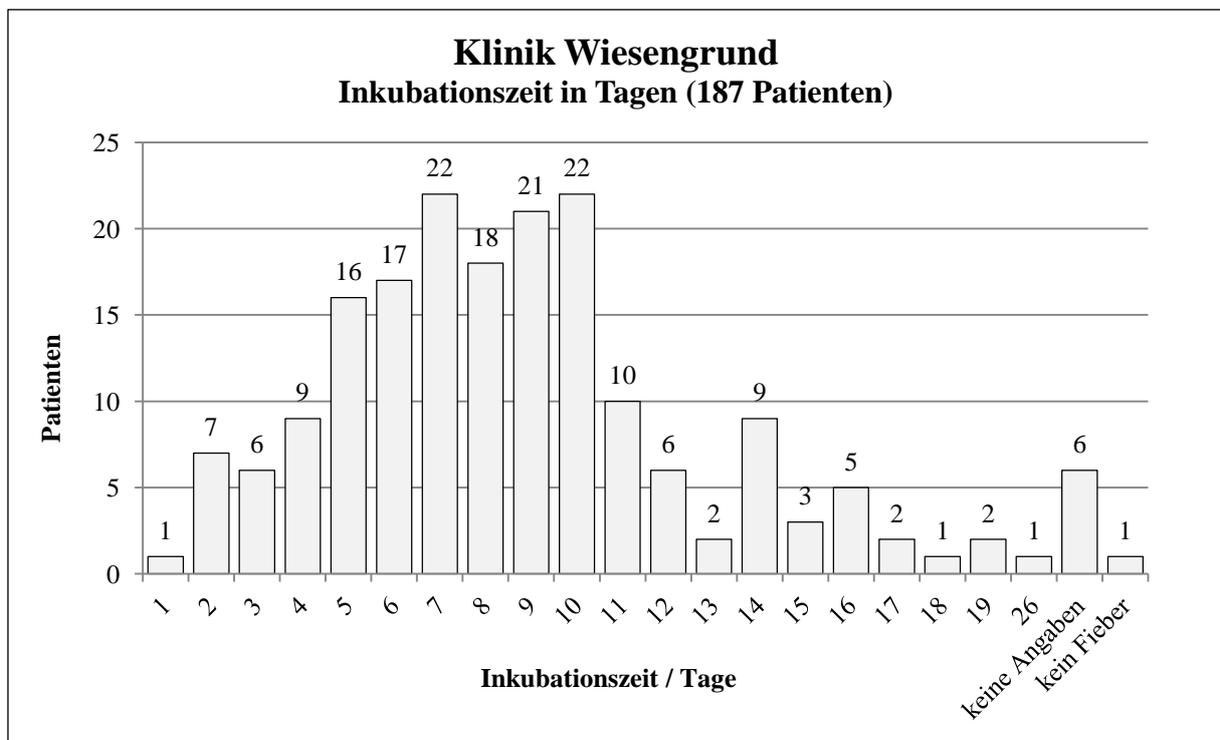


Diagramm 16: Inkubationszeit in Tagen nach Malariaimpfung

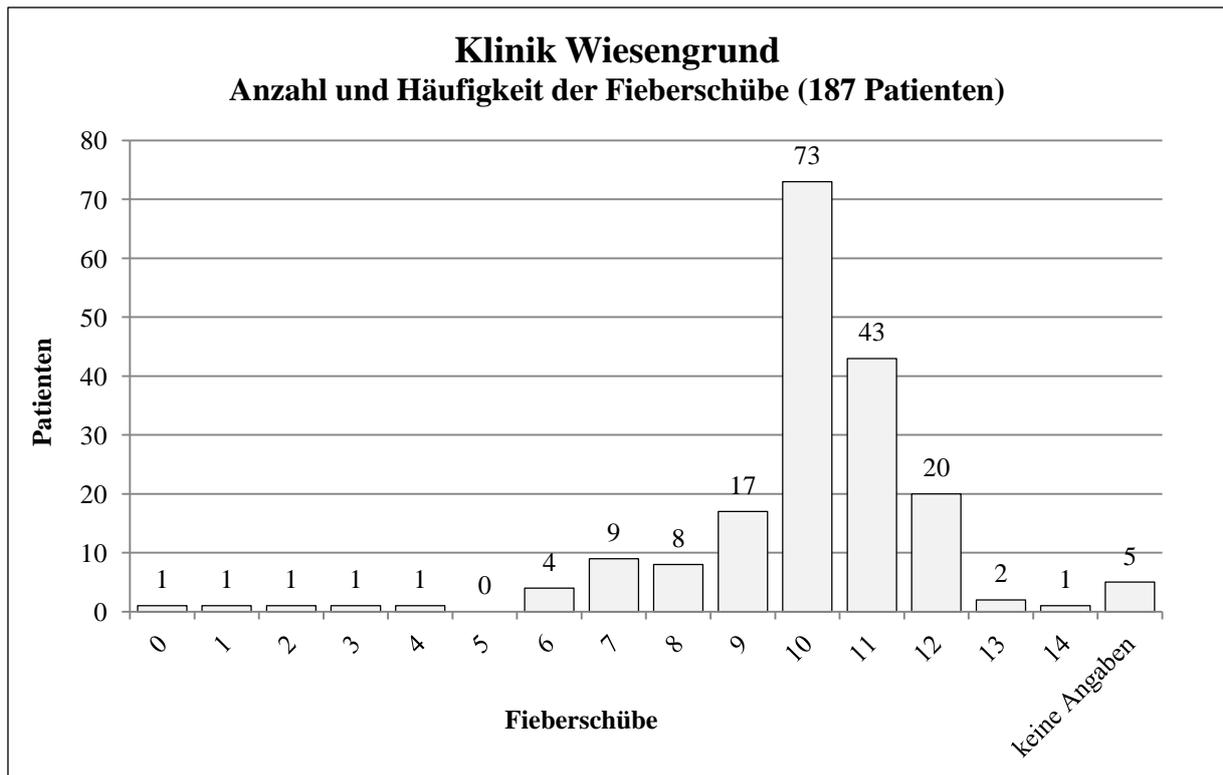


Diagramm 17: Anzahl und Häufigkeit der Fieberschübe nach Malariainpfung

### 7.3.5 Die Weiterbehandlung nach der Malariatherapie

Die Malariatherapie wurde mit der Verabreichung von Chinin beendet. Es waren sehr häufig Kombinationstherapien - insbesondere eine abschließende Bismogenolkur - dokumentiert.

Von den 204 Patienten erhielten 193 nach der Malariakur Chinin. Im Anhang 10 sind die Medikamente und Dosierungen sowie weitere Therapiemaßnahmen in einer Liste zusammengestellt.

Elf Patienten erhielten kein Chinin; davon verstarb ein Patient nach einem nicht näher beschriebenen Anfall und zehn Patienten wurden in die Hauptanstalt verlegt. Da alle Malariatherapien durch die Gabe von Chinin beendet wurden, ist es wahrscheinlich, dass bei den verlegten Patienten die Chininbehandlung in der Hauptanstalt stattfand.

Als Verlegungsgrund waren dokumentiert:

Benommenheit; Verwirrtheit und/oder Unruhe	6
Kein Fieber, Demenz	1
Benommenheit, unregelmäßiger Puls	1
Suizidalität und Unruhe	1
Keine Angaben	1

Die folgenden Kombinationstherapien sind - unabhängig von der zeitlichen Abfolge der Verabreichung - nach der Häufigkeit ihrer Anwendung aufgelistet:

<b>Malariatherapie + Chinin; davon</b>	<b>193</b>
Malariatherapie + Chinin	14
Malariatherapie + Chinin + Bismogenol; davon	174
138 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol	
14 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Coffein	
7 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Pyrifer	
5 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Neosalvarsan	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Neosalvarsan + Pyrifer	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Neosalvarsan + Coffein	
2 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Cardiazol + Coffein	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Campher	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Campher + Coffein	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + 2 ccm Somnifen + 0,4 >Morphin + Coffein	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Teroptan	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Selvadin und Quadin	
1 Malariatherapie + Chinin + Bismogenol + Neurosmon	
Malariatherapie + Chinin + Pyrifer	2
Malariatherapie + Chinin + Neosalvarsan	1
Malariatherapie + Chinin + Neosalvarsan + Pyrifer + Campher + Insulin	1
Malariatherapie + Chinin + Scopolamin (1 x) (Zustandsverschlechterung, Verlegung)	1

Da unterschiedliche Behandlungsregime gewählt wurden, soll im Folgenden kurz auf die einzelnen verwendeten Medikamente eingegangen werden.

Auf Chinin ist bereits im Zusammenhang mit der Malaria besonders eingegangen worden. Es handelt sich dabei um ein kristallines Pulver, das aus dem Chinarindenbaum gewonnen wird. Zur Behandlung der Malaria wurde es therapeutisch als intravenöse Injektion oder in Tablettenform eingesetzt. Es wird bis heute in Tablettenform zur Behandlung der Malaria therapeutisch verwendet.

Pyrififer war als anderes Mittel der Fiebererzeugung hergestellt worden und stellte eine Lösung von Eiweißstoffen dar, die aus einem apathogenen Bakterienstamm von *E. coli* (Darmbakterien) gewonnen wurde. Bei den Patienten im Wiesengrund wurde es im Rahmen der Malariatherapie eingesetzt, wenn unter dieser kein Fieber auftrat oder dieses schnell sistierte. Dabei wurden insgesamt zehn Injektionen intravenös appliziert, die Dosis wurde jeden zweiten Tag wie folgt gesteigert: 50 Einheiten Pyrififer – 100 – 200 – 500 – 1000 – 1000 – 2000 – 2000 – 5000 – 5000. Anders als in der damaligen Literatur beschrieben, wurde im Wiesengrund unter dieser Therapie keine Besserung der spätluetischen Symptome beobachtet.<sup>298</sup>

Auf Salvarsan und Neosalvarsan ist bereits ausführlich bei der Behandlung der Syphilis eingegangen worden, so dass an dieser Stelle nur die Bismogenoltherapie kurz gestreift werden soll. Neosalvarsan, ein Arsenderivat, fand immer dann vereinzelt Einsatz, wenn die Fieberschübe zu früh sistierten.

Beim Bismogenol handelt es sich um ein Wismut-Präparat, das im Wiesengrund fast standardmäßig nach beendeter Malariatherapie in Kurform eingesetzt wurde. Ob dies im Rahmen einer Studie geschah, muss offen bleiben. Da sich diese Form der Behandlung aber in der damaligen Literatur nicht fand, liegt diese Vermutung nahe. Anfangs wurde es intravenös verabreicht, im Verlauf wurde jedoch beobachtet, dass durch die intramuskuläre Gabe eine Depotwirkung erzielt werden konnte, so dass die Applikation regelhaft intramuskulär stattfand und die intravenöse Gabe obsolet wurde. Besonders ausgeprägt war die Spirochätocidie des Wismuts. Deshalb wurde es (auch) in der Behandlung der Primärsyphilis eingesetzt.<sup>299</sup>

„Neurorezidive, richtiger manifester Frühluës des Nervensystems, die nach Salvarsan häufig vorkommt, ist von den meisten Autoren nach Bismogenol überhaupt nicht gesehen, also offenbar sehr selten.“<sup>300</sup> Die tertiäre Syphilis heile unter Bismogenol zuverlässig aus. Dies liege vor allem daran, dass Wismut die besondere Fähigkeit habe, ins zentrale Nervensystem einzudringen (Wismut konnte im Liquor von behandelten Patienten nachgewiesen werden).<sup>301</sup>

Als besonders erfolversprechend wurde eine Kombination aus Malariatherapie und

---

<sup>298</sup> LA A Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 52, 09

<sup>299</sup> Paetz, Walter: Die Bismogenoltherapie der Syphilis. In: Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin, Band V, Heft 6. Leipzig (1929), S. 240-241

<sup>300</sup> Paetz, S. 245

<sup>301</sup> Paetz, S. 249

anschließender, ergänzender Bismogenoltherapie angesehen. Schulze behandelte in den Wittenauer Heilstätten mehrere 100 malariatherapierte Paralytiker zusätzlich mit Bismogenol und konnte bei einem Drittel der „meist weit vorgeschrittenen Schwerkranken Vollremissionen“ erzielen.<sup>302</sup> Angenommen wurde, dass durch die Malaria die Hirnhäute besonders gut durchlässig waren und so das Bismogenol auch besonders gut im ZNS seine Wirkung entfalten konnte. Die Kombination aus Malariatherapie und Bismogenoltherapie wurde als besonders erfolgreich angesehen, da durch diese eine dauerhafte Liquorsanierung zu erreichen sei.<sup>303</sup> Diese Behandlungsstrategie fand im Wiesengrund regelhaft Anwendung.

Cardiazol war der Handelsname von Pentamethylentetrazol. Das Mittel wurde als Kreislauf-Stimulans eingesetzt, da es zentral atmungs- und herzstimulierend wirkte.<sup>304</sup>

Somnifen wurde als Schlafmittel eingesetzt.<sup>305</sup>

Selvadin ist eine schwache komplexe Calciumverbindung.<sup>306</sup> Warum es bei einem Patienten Einsatz fand, ging aus der Dokumentation nicht hervor.

Campher fand Einsatz als Beruhigungsmittel und wurde subkutan injiziert.<sup>307</sup>

Scopolamin (Hypnotikum) wurde therapeutisch bei Aufregungszuständen verwendet.<sup>308</sup>

Morphin oder Morphinum (Opium-Derivat) wurde zur Schmerzlinderung oder Sedierung bei Erregungszuständen eingesetzt.

Coffein (Xanthin-Derivat) wurde im Rahmen der Malariatherapie eingesetzt, wenn es unter dieser zu Kreislaufschwächen und Blutdruckabfällen kam.

Zu Neurosmon und Quadin waren keine Informationen zu erhalten. Die Firma Nycomed GmbH, die das Präparat Neurosmon vertrieb, hat darüber keinen Eintrag mehr, die Marke ist aus der Produktliste gelöscht.

Weshalb zur Kreislaufstimulation bzw. zur Sedierung unterschiedliche Medikamente eingesetzt wurden, ließ sich aus den Akten nicht ableiten.

---

<sup>302</sup> Paetz, S. 251

<sup>303</sup> Paetz, S. 251-253.

<sup>304</sup> Schneider, Carl: Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Berlin (1939), S. 279

<sup>305</sup> Schneider, S. 256

<sup>306</sup> [www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1122862](http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1122862)

<sup>307</sup> Hall, S. 303

<sup>308</sup> Hall, S. 65

### 7.3.6 Nebenwirkungen der Malariatherapie

Unter der Malariakur (+ Kombinationstherapien) traten bei 79 Patienten Nebenwirkungen auf. Sie wurden einzeln oder in Mehrfachnennung dokumentiert. In 30 Fällen waren die Nebenwirkungen so heftig, dass die Patienten nicht weiter in der Klinik Wiesengrund behandelt werden konnten, sondern verlegt werden mussten.

Bei 28 Patienten traten Verwirrtheit, Benommenheit, Unruhe, Übererregbarkeit und Angstzustände auf. Herz-Kreislaufprobleme bis zum Herzkollaps wurden bei 14 Patienten dokumentiert. Vermehrte Schmerzen traten bei 13 Patienten auf. Unter übermäßiger Schwäche und Schlapheit litten elf Patienten. Einen Schlaganfall erlitten vier Patienten, ein Patient starb nach einem nicht näher beschriebenen Anfall. Gebrechlichkeit und Hilflosigkeit wurde bei zwei Patienten und Gewichtsverlust ebenfalls bei zwei Patienten dokumentiert. Ein Patient erlitt eine Venenthrombose am Bein, ein Patient hatte Krämpfe in den Beinen, ein Patient einen Abszess am Zahn und ein Patient klagte über Haarausfall.

### 7.3.7 Der Zustand der Patienten bei der Entlassung

Von 204 Patienten war der Zustand bei der Entlassung bei 129 gebessert, bei 21 ungebessert, zwei Patienten wurden auf eigenen Wunsch entlassen, 30 Patienten wurden verlegt (davon 28 in die Hauptanstalt und einer ins Hospital Südost, ein Mal wurde der Verlegungsort nicht dokumentiert), ein Patient verstarb und für 21 Patienten gab es keine Angaben.

Im Vergleich mit den anderen Therapien der Neurosyphilis ist der Behandlungserfolg der Malariatherapie eindeutig. Immerhin konnten 129 Patienten (63,2 Prozent) die Klinik „gebessert“ verlassen.

Zustand bei Entlassung	Malariatherapie		Recurrentsblut / andere Therapie		keine Therapie / keine Angaben	
	Patienten	%	Patienten	%	Patienten	%
gebessert	129	63,2%	27	48,2%	14	17,9%
ungebessert	21	10,3%	6	10,7%	13	16,7%
auf eigenen Wunsch / entwichen	2	1,0%	4	7,1%	12	15,4%
verschlechtert, verlegt	30	14,7%	7	12,5%	25	32,1%
verstorben	1	0,5%	3	5,4%		
keine Angaben	21	10,3%	9	16,1%	14	17,9%
Patienten gesamt	204		56		78	

Tabelle 20: Vergleichende Betrachtung des Zustands der Patienten bei der Entlassung

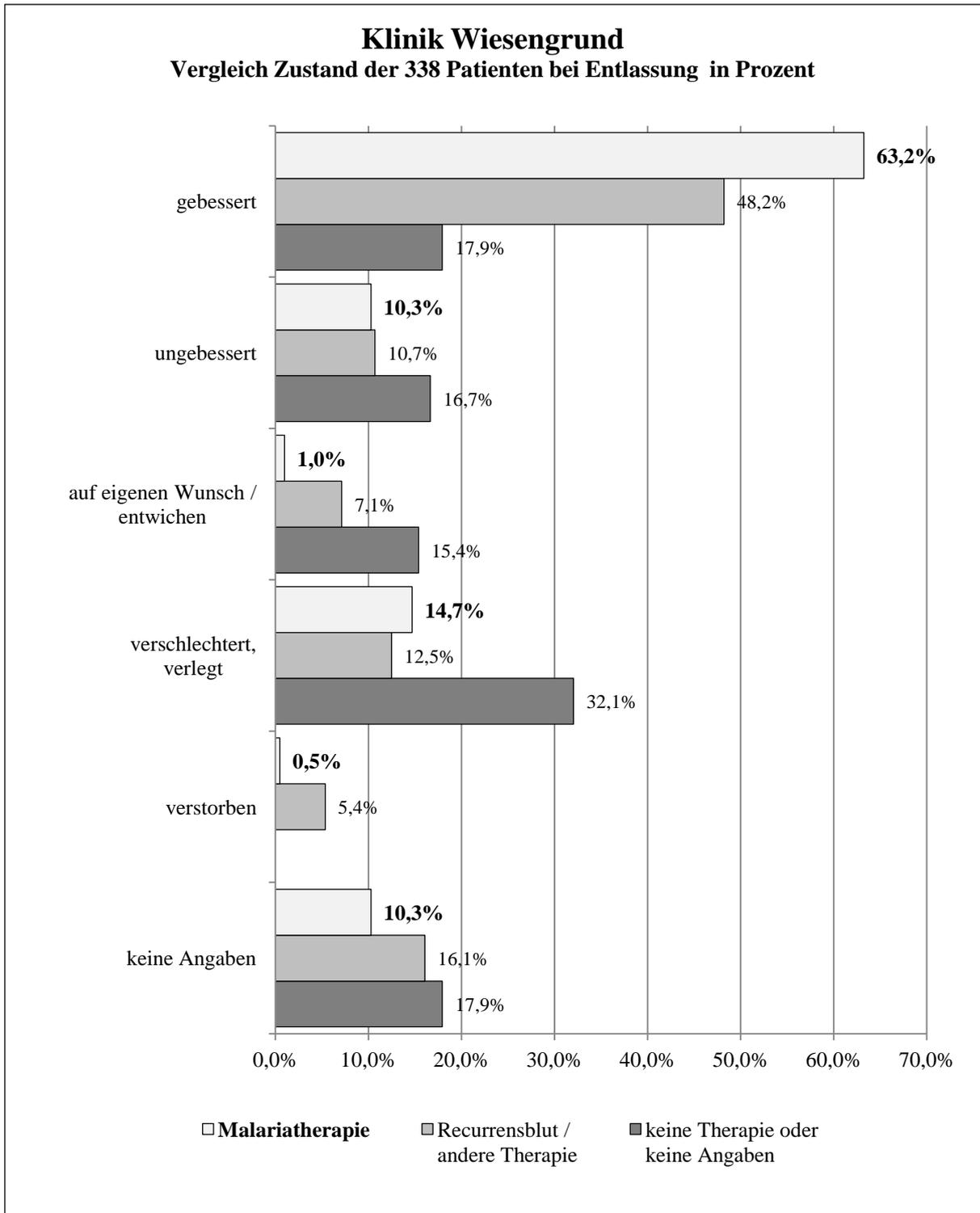


Diagramm 18: Vergleich des Zustands der Patienten bei Entlassung in Prozent

Vergleicht man diese Zahlen mit denen von Daniel Helmchen, der die Malariatherapie in den Wittenauer Heilstätten auswertete, dann fällt auf, dass sowohl die Liegedauer der Patienten mit Spät-syphilis als auch das therapeutische Ergebnis in der Klinik Wiesengrund deutlich besser waren. Als durchschnittliche Liegedauer wurden für Patienten mit Spät-syphilis für die

Wittenauer Heilstätten 270 Tage angegeben. Die Mortalitätsrate bei den männlichen Patienten in Wittenau wurde unter Malariatherapie mit 45 Prozent angegeben. Zwar lag die Mortalitätsrate der nicht behandelten Spätsyphilitiker in Wittenau mit 55 Prozent höher als bei denen, die eine Malariatherapie erhielten.<sup>309</sup> Vergleicht man diese aber mit den Ergebnissen der Behandlung in der Klinik Wiesengrund, wird deutlich, dass die Mortalitätsrate im Wiesengrund bei nur 0,5 Prozent lag und fast zwei Drittel der Patienten gebessert entlassen wurden. Dies belegt, dass der Ansatz von Bratz, Patienten mit Spätsyphilis frühestmöglich einer Behandlung zuzuführen, sehr erfolgreich war. Es bedeutete sowohl geringere Behandlungskosten durch weniger Liegetage als auch eine Besserung der Patienten durch ein bedeutend besseres Behandlungsergebnis und ein geringeres Behandlungsrisiko.

### Weitere Therapieverfahren

Heilplan für Herrn. [REDACTED]										
	Ruhe	Luft-sprudel-bad	Medik-Bäder	Dusche	Massage	Gymn.	Be-schäfti-gung	Diather-mie	Licht	
Montag										Heilplan!
Dienstag	—									
Mittwoch					X					
Donnerstag		X								
Freitag										Heilplan!
Sonnabend	—									

Abb. 20: Heilplan<sup>310</sup>

<sup>309</sup> Helmchen, Daniel: Malariatherapie der Progressiven Paralyse in den Wittenauer Heilstätten. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum (1999), S. 449

<sup>310</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 03

Der hier auszugsweise abgebildete Behandlungsplan zeigt an zwei Beispielen, dass auch noch andere Behandlungen eingesetzt wurden. Sie wurden dokumentiert, in dem für jede Woche ein Behandlungsplan erstellt wurde, in dem die einzelnen Behandlungen jeweils vermerkt waren. Diese variierten stark und waren von Patient zu Patient ebenso wie im zeitlichen Verlauf so unterschiedlich, dass eine statistische Auswertung nicht möglich war. Da die Therapieverfahren das Gesamtkonzept der Klinik unterstreichen, soll hier kurz auf die einzelnen Therapien eingegangen werden.

Neben der Malariatherapie und den anderen medikamentösen Behandlungen wurden Ruhe, Luftsprudelbad, Medikamentenbäder, Dusche, Massagen, Gymnastik, Beschäftigung, Diathermie und Lichttherapie angewandt.

Luftsprudelbäder wurden vor allem bei körperlichen Funktionsstörungen und zur Anregung des Kreislaufs eingesetzt. Als Medikamentenbäder fanden im Wiesengrund Sole- und Brombäder Anwendung, wobei ersteres anregend wirken sollte und Brombäder zur Beruhigung angewandt wurden. Lichttherapie fand sehr häufig bei depressiven Zustandsbildern statt.

#### **7.4 Kasuistiken**

Da der statistische Behandlungserfolg nichts über den einzelnen Patienten wiedergeben kann, werden im Folgenden sechs Kasuistiken vorgestellt. Diese zeigen einerseits den Behandlungserfolg bzw. die Risiken der Malariatherapie, andererseits die Belastung, die eine Spätsyphilis für den einzelnen Patienten und dessen Angehörige darstellte.

##### **Kasuistik 1:**

Am 14. Februar 1931 wurde der 33-jährige „Schaltist“ (vergleichbar einem Weichensteller AdV) Bruno B. im Wiesengrund mit der Diagnose progressive Paralyse aufgenommen. Kostenträger war die Betriebskrankenkasse der Stadt Berlin.

Nervenkrankheiten waren in der Familie nicht bekannt. Herr B. war seit 1919 verheiratet. Seit 1930 befand sich die Ehefrau in den Wittenauer Heilstätten.

Nach der Schulentlassung war er als Werkzeugmacher in die Lehre gegangen. Mit 15 oder 16 Jahren infizierte er sich mit Tripper, zu dieser Zeit soll das Blut WaR positiv gewesen sein. Es

erfolgte eine Quecksilber-Salvarsankur. Später sei das Blut nicht wieder WaR positiv gewesen. Da er aber wiederholt Pickel am Penis gehabt habe, die vom Arzt allerdings als harmlos befunden worden seien, habe er doch noch zwei Kombinationskuren (Quecksilber und Salvarsan) hinter sich gebracht.

1916 sei er eingezogen worden, wurde aber von seiner Firma als unabhkömmlich („UK“) reklamiert.

Seine Frau sei in den letzten Jahren immer unruhiger geworden und habe nicht mehr geschlafen, deshalb werde sie schon länger stationär behandelt.

Seit etwa zwei Jahren habe er reißende Schmerzen, die im kleinen Zeh begonnen hätten und nun im ganzen Körper seien. Der Schmerz sei dann auch in den Kopf und zum Nacken gekommen. Der Kopf sei auch immer sehr warm, als ob er heißes Blut habe.

Jetzt habe er zunehmend dumpfe Schmerzen im Hinterkopf und ein Schwindelgefühl. Auch sei er sehr schreckhaft geworden, sei sehr vergesslich und müsse sich alles aufschreiben.

Bei Aufnahme befand sich der Patient in einem guten Ernährungszustand. Der internistische Untersuchungsbefund war unauffällig, neurologisch fand sich eine stark verzogene rechte Pupille neben leicht angedeutetem Silbenstolpern.

Es wurden eine Blutentnahme und eine Suboccipitalpunktion durchgeführt, wobei das Blut negativ, der Liquor aber positiv auf WaR getestet wurde. Mit seinem Einverständnis wurde eine Malariatherapie durchgeführt. Herr B. erhielt einen Kubikzentimeter Malariablut intrakutan; nach einer Inkubationszeit von sieben Tagen entwickelte er Fieber mit elf für Malaria typische Fieberzacken. Dieser Malariaanfall wurde durch eine Chinin-Therapie (drei Mal 1,2 und zwei Mal 0,6 g) beendet. Nebenwirkungen unter der Therapie wurden nicht beschrieben.

Nach beendeter Malariatherapie und anschließender Bismogenolkur wurde der Patient am 13. Mai 1931 gebessert entlassen. Der Patient selbst gab nach der Behandlung völlige Beschwerdefreiheit an.<sup>311</sup>

---

<sup>311</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 17, 13

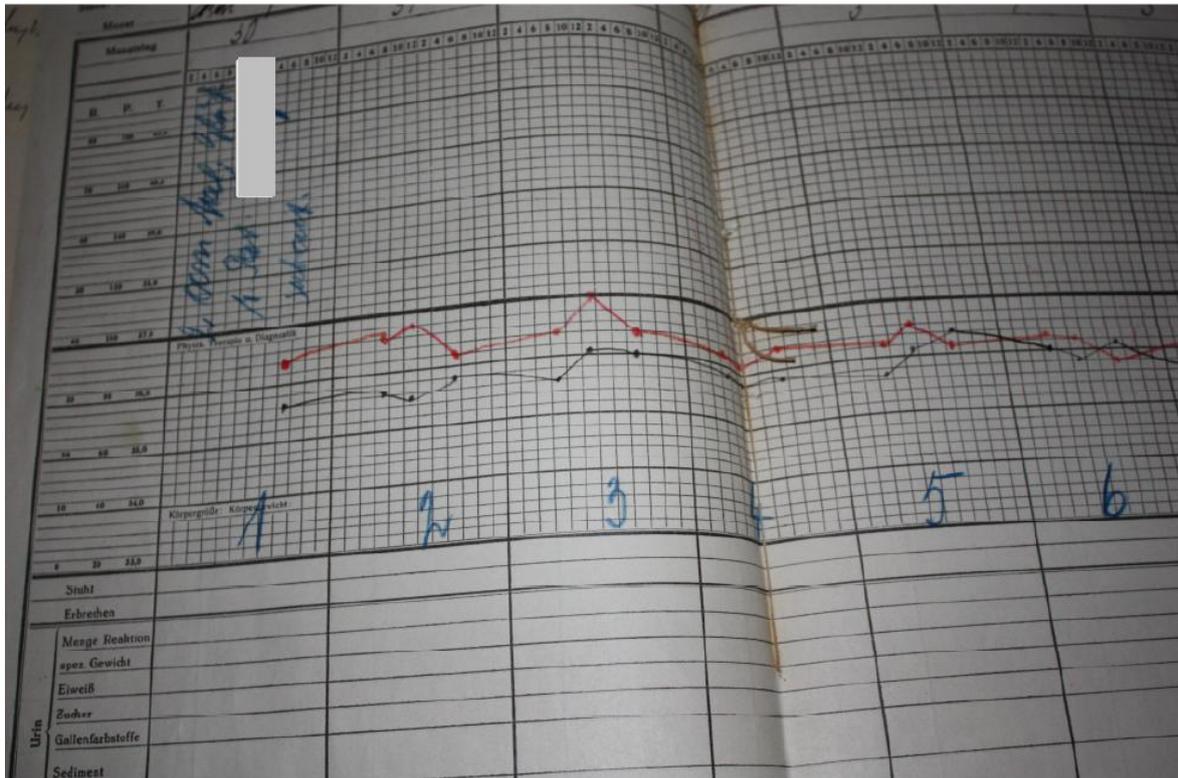


Abb. 21: Patientenkurve während der Inkubationszeit unter Malariatherapie<sup>312</sup>

## Kasuistik 2

Am 13. September 1933 wurde der 41-jährige Diener Alfred K. aufgrund einer progressiven Paralyse im Wiesengrund aufgenommen. Er wurde aus der Hauptanstalt Wittenau wegen dortigen Bettenmangels verlegt. Ein Kostenträger war nicht vermerkt.

Der rechte Arm sei ihm vor Jahren amputiert worden. Im Felde sei er vielfach verwundet worden. Er habe zwei Lungenschüsse, zwei Oberschenkelschüsse (rechts und links), einen Lanzenstich am rechten Unterarm und eine Handgranatenverletzung am rechten Oberarm erlitten, ferner einen Schrotschuss am rechten Oberarm. Aufgrund einer Entzündung im rechten Arm und wegen der Granatsplitter sei ihm dieser dann amputiert worden. Seit 1918 erhalte er wegen der Verletzungen eine Kriegsrente (keine Angaben über deren Höhe AdV).

Jetzt kommt er wegen diverser Beschwerden zur Aufnahme. Wenn er sich ärgere, werde er schnell verstimmt, habe schon vier Suizidversuche unternommen (Salzsäure getrunken, Taschenmesser geschluckt, 18 Tabletten Veronal [Barbiturat] genommen).

<sup>312</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 03

Er habe jetzt Kopfschmerzen und Druck im linken Scheitel. Er habe auch Leibschmerzen, wohl schon seit der operativen Entfernung der Messer nach dem letzten Selbstmordversuch. 1917 sei er an einer Lues erkrankt. Danach habe er mehrere Quecksilberschmierkuren erhalten und drei weitere Kombinationskuren. Jetzt fühle er sich nicht wohl, meint auch, er werde verfolgt. Er brauche viel Geld, um seiner neuen Liebsten etwas leisten zu können, habe sich deswegen auch von einem Kameraden Geld geliehen. Es ärgere ihn sehr, dass dieser ihm nun wegen des Geldes Probleme mache.

In der körperlichen Untersuchung wurde der Patient als schwächlich beschrieben, ferner zeigten sich neben der Amputation des rechten Oberarmes diverse Narben am gesamten Körper. Neurologisch fielen lediglich lichtstarre verzogene Pupillen auf. Psychopathologisch erschien er angemessen im Wesen, affektlabil und leicht beeinflussbar. Mit Einverständnis der Ehefrau wurde eine Malariatherapie durchgeführt, nachdem sowohl die Blut- als auch die Liquoruntersuchung positiv auf WaR getestet worden waren. Appliziert wurde ein Kubikzentimeter Malariablut intravenös. Nach dreitägiger Inkubationszeit entwickelte der Patient Fieber mit insgesamt elf Fieberzacken, das mit Chinin (drei Mal 1,2 und zwei Mal 0,6 g) beendet wurde. Unter Chiningabe entfieberte der Patient rasch. Es schloss sich eine Bismogenolkur mit insgesamt zwölf Gaben an. Auffälligkeiten unter der Therapie wurden nicht dokumentiert. Im Abschlussvermerk wurde der Patient als geltungssüchtiger, stimmungslabiler Psychopath beschrieben, der einen gesteigerten Bestätigungsdrang habe. Als Therapieerfolg wurde erwähnt, dass er sich mit seiner Frau ausgesöhnt habe. Am 28. Dezember 1933 wurde er als gebessert entlassen. Eine Nachuntersuchung vom Juli 1934 beschrieb seinen Zustand als unverändert.<sup>313</sup>

---

<sup>313</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 42, 07

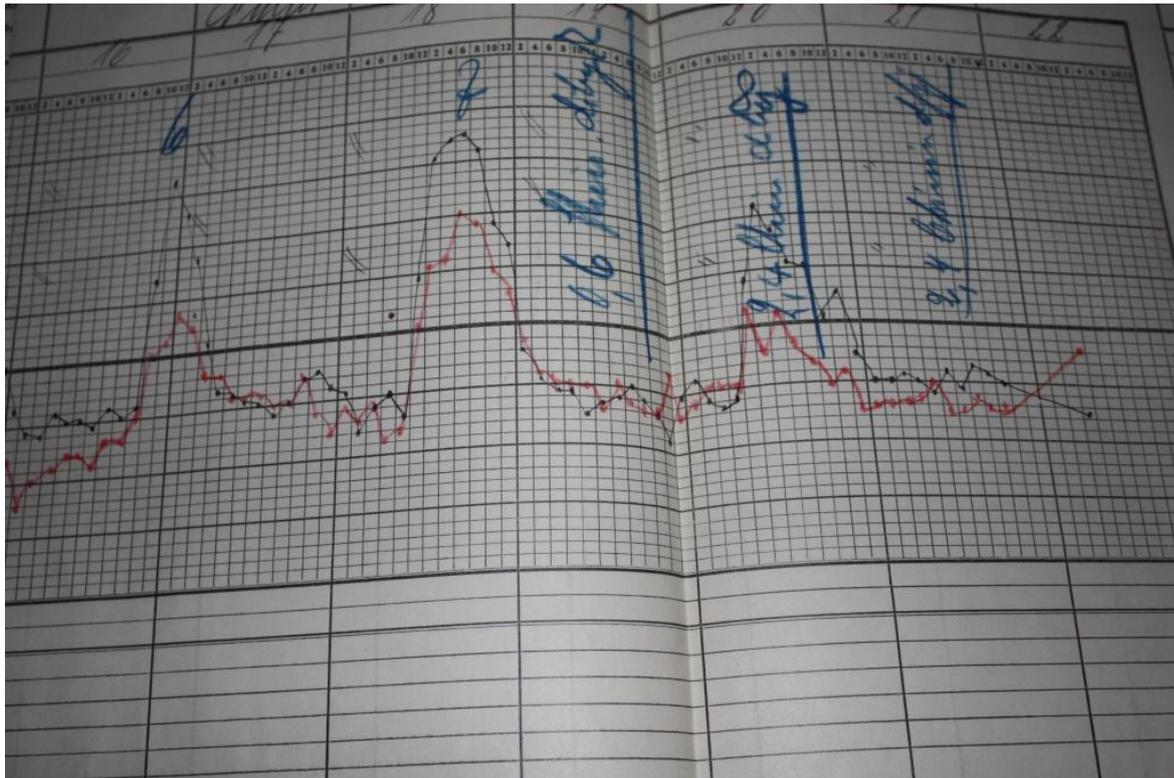


Abb. 22: Patientenkurve während der Fieberschübe unter Malariatherapie<sup>314</sup>

### Kasuistik 3:

Der 47-jährige Uhrmacher Otto B. wurde am 1. Februar 1933 zur Malariabehandlung aufgenommen unter der Diagnose progressive Paralyse. Kostenträger war die AOK Berlin.

Geisteskrankheiten waren in der Familie nicht bekannt. Als Kind sei er immer gesund gewesen. Mit 17 Jahren habe er eine Halsoperation wegen Vereiterung gehabt. Er sei von der Realschule abgegangen, um Uhrmacher zu werden. Im Jahr 1910 infizierte er sich mit einer Gonorrhoe. Er sei nicht im Felde gewesen, allerdings seien fünf Brüder eingezogen worden.

Otto B. war anfangs in unterschiedlichen Firmen als Uhrmacher angestellt, dann selbständig. 1914 gab er das Geschäft auf, danach arbeitete er sieben Jahre als Lagerverwalter. Im Jahr 1926 heiratete er und bekam mit seiner Frau ein Kind.

Früher sei er ruhig, lebenslustig, heiter und gesellig gewesen. Alkohol habe er nie getrunken.

1919 wurde Gelenkrheuma im Fußgelenk rechts diagnostiziert.

Er sei dann seit einem Jahr immer nervöser geworden, habe Herzkrämpfe und Luftmangel bekommen, besonders unter körperlicher Anstrengung. Wegen dieser Beschwerden habe man

<sup>314</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, 1017, 03

ihn zur Kur nach Beelitz geschickt. In einer Blutuntersuchung sei dort ein „positiver Wassermann“ aufgefallen. Man habe das Herz geröntgt und eine Erweiterung der Aorta gefunden. Man habe alle Befunde auf die Lues zurückgeführt. Auch die linke Pupille sei pathologisch gewesen. In Beelitz habe er Jod erhalten. Nach der Entlassung sei er dann drei Wochen ambulant im Hufelandhospital behandelt worden. Eine Punktion mit Hirnwasseruntersuchung habe einen stark positiven WaR-Befund ergeben. Deswegen schicke man ihn jetzt zur Malariatherapie in den Wiesengrund.

Eigentlich habe er keine sonderlichen Beschwerden. Er habe Schmerzen in der rechten Schulter, aber nicht lanzierend, nur die Stimmung sei depressiver und labiler als früher. Blasenstörungen, Impotenz, Gefühlsstörungen oder Gedächtnisstörungen kenne er nicht.

Hr. B. befand sich bei der Aufnahmeuntersuchung am 3. Februar 1933 in einem guten Ernährungs- und Kräftezustand. In der internistischen Untersuchung fand sich an Auffälligkeiten eine nach links verbreiterte Herzgrenze mit unreinem zweiten Herzton, vor allem über der Mitralklappe. Der Blutdruck lag im mittleren Normbereich. Die Schilddrüse war vergrößert, die Schleimhäute waren leicht zyanotisch und die Hautfarbe war allgemein leicht ikterisch.

In der neurologischen Untersuchung fand sich links eine entrundete, lichtstarre Pupille. Beide Nasolabialfalten waren verstrichen; eine leichte Artikulationsstörung war zu beobachten. In der Koordinationsprüfung zeigte sich eine leichte Unsicherheit im FNV (Finger-Nase-Versuch) und auch im KHV (Knie-Hacke-Versuch), ferner eine leichte Kältehyperästhesie am Rumpf. Der psychopathologische Befund wurde wie folgt beschrieben: „Gibt ruhig und freundlich Auskunft. Sprechweise etwas hastig, allgemeine nervöse Gebärden. Stimmung sehr labil. Hat gleich Tränen in den Augen. Affekt flach... Geschichtliche und anamnestiche Daten sicher... Keine pathologischen Vorstellungen. Keine Sinnestäuschungen.“

Am 7. Februar 1933 gab der Patient selbst sein Einverständnis zur Malariatherapie; am selben Tag wurde ihm ein Kubikzentimeter Malariablut intravenös injiziert. Am fünften Tag nach Injektion trat die erste Fieberzacke mit einer Temperatur von 39,4°C auf. Alle zwei Tage kam es wiederholt zu Fieberspitzen mit einer maximalen Temperatur von 40,8°C.

Eine Verlaufsdocumentation über die Beschwerden unter der Malariatherapie fand nicht statt. Allerdings erhielt Hr. B. mehrfach kleine Mengen Chinin und Coffein sowie Campher im Zusammenhang mit den Fieberschüben. Nach acht Fieberzacken sistierte das Fieber von allein, so dass vier Gaben von Pyrifer stattfanden (Dosis steigend 50 – 100 – 200 – 500), worunter erneut Fieberzacken auftraten. Am 28. März begann man dann eine Therapie mit Chinin über

fünf Tage. Daran schloss sich eine Bismogenolkur an, wobei ab dem 22. März 1933 jeden dritten Tag 1,0 Bismogenol verabreicht wurde.

Zum Entlassungszeitpunkt am 10. Mai 1933 hatte sich der Patient gut erholt, seine früheren Beschwerden seien vollständig abgeklungen. Die Stimmung war ausgeglichen; die körperlichen Befunde waren unverändert.

In einer Nachuntersuchung am 14. Juni 1933 klagte der Patient über Schwarzwerden vor den Augen, leichtes Schwitzen, Schmerzen im Knöchel und ein Schwindelgefühl beim Bücken, was ihn in seiner Arbeit als Uhrmacher sehr behindere. Auch sei seine Potenz in letzter Zeit stark herabgesetzt.

Diagnostiziert wurde eine beginnende progressive Paralyse, Aortitis luica, tabische Beschwerden und ein Basedow. Wegen des Nervenleidens sei der Patient Invalide bis vier Wochen nach der Kur. Eine fachärztliche internistische Beobachtung wegen der körperlichen Leiden wurde angeraten; eine Wiederaufnahme in den Wiesengrund fand nicht statt.<sup>315</sup>

#### **Kasuistik 4:**

Am 4. Februar 1933 wurde der 45-jährige Chauffeur Paul B. im Wiesengrund wegen progressiver Paralyse aufgenommen. Kostenträger war das Wohlfahrtsamt Prenzlauer Berg.

Zur Einweisung kam er mit einem Attest, das in der Akte zitiert ist. Wegen eines organischen Nervenleidens sei zwecks Malariakur eine Anstaltsaufnahme dringend erforderlich.

Krankheiten in der Familie seien nicht bekannt. Vor dem Krieg habe er geheiratet und mit seiner Frau sieben Kinder. Vier Jahre sei er im Felde gewesen. Nach Ende des Krieges wurde er geschieden. Später habe er sich dann zwei Krankenwagen und einen Personenwagen gekauft und einen Autoverkehr von Usedom nach Greifswald unterhalten. Seit 1924 arbeite er als Chauffeur.

Erkrankt sei er dann 1924. Er habe angefangen zu simulieren und Schmerzen im ganzen Körper bekommen. Die Glieder hätten angefangen, zu zucken. Er habe sich immer schneller aufgereggt und habe schlechter geschlafen. Dann habe das Gedächtnis rapide nachgelassen. Vor drei Monaten hätte er dann einen Anfall von Sprachverlust erlitten. Die Sprache sei zwar wiedergekommen, sei aber weiter gestört. Geschlechtskrank sei er nie gewesen. Die Libido sei erloschen, die Potenz sei mäßig. Er fühle sich sehr krank.

---

<sup>315</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 11, 07

In der internistischen Untersuchung wurde der Ernährungszustand als gut beschrieben. Bis auf einen klingenden zweiten Aortenton war die Untersuchung unauffällig. Neurologisch imponierten divergierende Bulbi, eine schwere Artikulationsstörung, eine deutliche Ataxie aller vier Extremitäten und ein sehr schwerfälliges Gangbild. Die Muskeleigenreflexe waren allesamt gesteigert.

Psychopathologisch wurde der Patient wie folgt beschrieben:

„Ausserordentlich schwerfällig. Gedankengang umständlich. Neigung zu Perseverationen. Schlaffe Haltung. Macht sehr schlaffen Eindruck. ... Stimmung indifferent, gelegentlich leicht gehoben. Fühle sich zwar krank, jedoch ziemlich einsichtslos seinen psychischen Defekten gegenüber. ... Während der Untersuchung flach euphorisch und läppisch vergnügt.“

Am neunten Tag nach der Aufnahme fanden eine Blutentnahme und eine Lumbalpunktion mit Einverständnis des Patienten statt. Sowohl im Blut als auch im Liquor war der WaR-Test positiv. Am 24. Februar wurde dem Patienten, nach dessen schriftlichem Einverständnis, ein Kubikzentimeter Malariablut intravenös injiziert.

Nach einer Inkubationszeit von acht Tagen setzte Fieber ein. Nach der sechsten Fieberzacke sank das Fieber nicht von allein, wie sonst nach üblichen Fieberanfällen. Herr B. kollabierte. Deshalb wurde ihm am 13. März vorzeitig Chinin verabreicht. Am 16. März 1933 wirkte der Patient immer hinfalliger und war subikterisch, deshalb wurde er aufgrund des schweren Krankheitsbildes in die Hauptanstalt verlegt.<sup>316</sup>

Er wurde im Haus drei der Hauptanstalt aufgenommen und befand sich dort vom 16. März bis zum 4. August 1933. Im klinischen Alltag fiel eine ausgeprägte zeitliche und auch örtliche Desorientierung auf nebst einer schweren Artikulationsstörung. Die Malariatherapie wurde nicht fortgesetzt. Ende März erhielt er vier Injektionen Pyrifer, die jeweils nach nur 30 Minuten nach Applikation zu hohem Fieber führten. Anfang April wurde dann eine Bismogenolkur begonnen, anders als in den Akten aus Wiesengrund fand sich in der Akte aus den Wittenauer Heilstätten keine Kurve über die Gabe des Mittels. Im Juli findet sich ein Eintrag, dass sich der Patient „ganz gesund“ fühle, zeitlich und örtlich sei er zu diesem Zeitpunkt schon gut orientiert gewesen. Entlassen wurde er in gebessertem Zustand.<sup>317</sup>

---

<sup>316</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 17, 08

<sup>317</sup> LA A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 6133; im Vergleich zu den Akten aus Wiesengrund fanden sich in dieser Akte nur sehr spärliche Angaben. Vor allem fiel aber auf, dass der behandelnde Arzt (Dr. Kothe), der die Verlegung aus Wiesengrund initiiert hatte, gleichzeitig die Aufnahme in Haus 3 in Wittenau vornahm und dokumentierte. Dies belegt, dass die ärztliche Versorgung im Wiesengrund eng an die in Wittenau angebunden war.

### **Kasuistik 5:**

Am 28. Februar 1927 wurde der 26-jährige Telegraphenarbeiter Ernst F. stationär aufgenommen mit der Diagnose Lues cerebri. Kostenträger war die Betriebskrankenkasse der Post. Eine Malariatherapie war geplant. Er sei immer ganz gesund gewesen, habe immer Arbeit gehabt. Wahrscheinlich habe er sich 1924 mit einer Gonorrhoe infiziert, bald darauf habe sich aber ein Primäraffekt entwickelt. Eine ärztliche Behandlung mit Schmierkuren sei abgebrochen worden. Zwei Jahre vor der aktuellen Aufnahme klagte der Patient über eine Halbseitenlähmung der rechten Körperhälfte, mit der rechten Hand habe er nicht mehr greifen können. Es folgte eine Spritzenkur mit 16 Spritzen (keine Verifizierung, welches Mittel verabreicht wurde, AdV), worauf sich die Lähmungserscheinungen komplett zurückgebildet hätten. Die Wassermanschere Reaktion sei aber nach wie vor positiv gewesen. Er sei weiter arbeiten gegangen. Dann hätten im August 1926 Schwindelanfälle mit Taumel nach rechts eingesetzt; zwischendurch habe starker Alkoholabusus bestanden. Seit Dezember 1926 sei er nicht mehr arbeitsfähig gewesen. Vor der jetzigen Aufnahme war Herr F. acht Tage in der Charité, in der eine Lumbalpunktion durchgeführt wurde, und anschließend im Sanatorium Hansaplatz. Eine Besserung trat nach beiden Klinikaufenthalten nicht ein.

Jetzt habe er Schwindelgefühle, zeitweise heftige Hinterkopfschmerzen und auch Angstzustände.

In der körperlichen Untersuchung zeigte sich ein ausreichend genährter Patient, der in der internistischen Untersuchung keinerlei Auffälligkeiten bot. Neurologisch imponierte ein weitestgehend unauffälliger Befund, lediglich der Muskeltonus der unteren Extremitäten war etwas schlaff und im Knie-Hacke-Versuch war rechtsseitig eine Ataxie feststellbar. Psychopathologisch war er im Affekt etwas läppisch, vertraulich und leicht lenkbar.

Wegen häufiger antiluetischer Behandlungen im Vorfeld wurde eine Malariatherapie erwogen.

Am 23. März 1927 wurden Herrn F. zwei Kubikzentimeter Malariablut von Pat. K. verabreicht. Am 31. März trat die erste Fieberzacke mit einer maximalen Temperatur von 39,6°C auf; insgesamt waren es zehn Fieberzacken mit maximal 40,7°C.

Im Folgenden wird die Dokumentation der Akte als Zitat wiedergegeben, weil dies ein Hinweis darauf ist, dass auch im Wiesengrund schwer kranke Patienten im Notfall versorgt werden konnten und dies auch die Sorgfalt des behandelnden Arztes widerspiegelt:

„15.IV.27 Gestern Nachmittag um 5:00 Uhr zwei Anfälle; danach stark verwirrt, ging immer außer Bett, war schwer zu halten. Um 5:30 Einsetzen einer Anfallserie. Angeblich Zucken der rechten Gesichtshälfte u. der Arme u. Beine, Drehen der Augen nach r.o.

I.g. 12 Anfälle von je 3 min. Dauer, in den Pausen verwirrt u. mehr oder minder unruhig. Orden: Chinin, M., Camph.

12:06 Erneuter Anfall: stöhnt und atmet sehr heftig u. tief. Starrer Blick. Cornealreflex nicht auslösbar. Keine Antwort zu erhalten. Pupillen starr. R. große Zehe in Babinski-Stellung, lk Fußsohle reagiert nicht. Beginn der Zuckungen: r Facialis zuckt zunehmend stärker, alsdann auch Nystagmus nach r.o., sehr heftig. Kopf dreht sich nach r.h.; Halsmuskeln r., einschließlich Trapezius fest kontrahiert. Dann: Zucken der Arme und Beine. Dauer des Anfalls ca. 3 min.

Bald darauf 2. Anfall. Wie oben. Nur zucken die Extremitäten jetzt r. viel stärker als lks.

Puls: 100 i.M., beschleunigt, klein. Ordin: 5 ccm Campf. i.m. später ½ spr.M+Se, kalte Kopfpackungen.

Nachmittags 5:00: Hat noch mehrere Anfälle gehabt. Sieht ganz zyanotisch aus, röchelt schwer, Puls setzt zeitweise aus, ist überhaupt kaum zu fühlen.

0:02 Lobelin i.v. 0.0005 Strophanthin + 10 ccm 20%ige Traubenzuckerlösung i.v. Nach 30 min: 0,01 Lobelin subc.

Die Anfälle treten jetzt auch links auf. Facialis, Oculomotorius, Abducens beginnen. Alsdann Zucken des lk. Armes, Beines u. dann des ganzen Körpers. Etwa alle 10 min. 1 Anfall.

6:00 p.m. Puls u. Atmung haben sich gut erholt, die Anfälle bestehen mit unverminderter Stärke fort.

6:20 Exitus let. im Anfall“ gezeichnet Bender.<sup>318</sup>

Dies war der einzige Todesfall eines so jungen Patienten. Auffällig war vor allem, dass weder der internistische noch der neurologische Aufnahmebefund bedeutende pathologische Veränderungen zeigten.

---

<sup>318</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 29, 01

## **Kasuistik 6:**

Dass die Malariatherapie nicht ausschließlich bei Patienten mit einer Spätsyphilis eingesetzt wurde, zeigt das letzte Fallbeispiel. Bedeutend ist hier allerdings, dass diese nur auf expliziten Wunsch des Patienten selbst durchgeführt wurde und indirekt als ein weiterer Beleg für die gute Wirksamkeit der Malariatherapie angesehen werden kann.

Am 3. April 1929 wurde der 40-jährige Gerichtsdienstler Erich B. im Wiesengrund aufgenommen. Diagnostiziert wurde eine multiple Sklerose. Kostenträger war die AOK. Krank war der Patient bereits seit 1923. Internistisch fanden sich keine Auffälligkeiten, allerdings lag eine schwere Bewegungsstörung vor. Es bestand ein deutlicher Handtremor, ferner ein gestörtes Gangbild, so dass das Laufen nur am Stock möglich war. Zur Aufnahme des Patienten kam es wegen der Gehverschlechterung. Bei Aufnahme war der Ernährungszustand mäßig, internistisch war der Befund unauffällig. Neurologisch wurde ein ausgeprägter spastisch-ataktischer Gang beschrieben mit beidseits positivem Babinski-Zeichen. Aufgrund des dringenden Wunsches des Patienten wurde eine Malariatherapie durchgeführt, da er deutliche Besserungen des Zustandes bei einem Mitpatienten nach Malariatherapie gesehen hatte. Es erfolgte eine intravenöse Gabe von Malariablut, nach einer zehntägigen Inkubationszeit traten im Verlauf elf Fieberzacken auf. Beendigung dann mit Chinin-Gaben. Eine Bismogenolbehandlung fand nicht statt.

Bei der Entlassung am 15. Juli 1929 äußerte Herr B., der Druck im Kopf habe sich nach der Behandlung gebessert und er fühle sich im Kopf auch „klarer“. Objektiv wurde das Gangbild aber als nicht gebessert beschrieben.<sup>319</sup>

## **7.5 Die behandelnden Ärzte**

### **Ärzte: 1926-1933 (aus den 1011 ausgewerteten Akten)**

In 931 Akten waren behandelnde Ärzte dokumentiert (Unterschrift des Arztes in der Dokumentation). 80 Mal war kein behandelnder Arzt angegeben, davon waren 26 Akten nicht les-

---

<sup>319</sup> LA Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 15, 02

bar und drei Akten völlig leer (zwei Patienten waren nur einen Tag aufgenommen, ein Patient war 78 Tage in der Klinik).

Die Erst- bzw. Letztnennung ist in der folgenden Tabelle festgehalten. Es fiel auf, dass dreizehn Ärzte nur einmalig in den ausgewerteten Akten unterzeichneten. Diese Ärzte sind aus Gründen der Vollständigkeit namentlich erwähnt, haben allerdings für den Auswertungszeitraum keine Relevanz.

Die Doktoren Heinrich, Kresiment, Lange, Schmitt, Thiele und Weber waren zu diesem Zeitpunkt behandelnde Ärzte in den Wittenauer Heilstätten.<sup>320</sup> Dies belegt die enge organisatorische Verbundenheit dieser mit der Klinik Wiesengrund. Da die Namen der anderen sieben Ärzte nirgendwo im Zusammenhang mit den Wittenauer Heilstätten erwähnt sind, erscheint es möglich, dass es sich bei ihnen um Ärzte in der Ausbildung handelte.

<b>Arzt</b>	<b>Erste Akte</b> (Aufnahme / Entlassung)	<b>Letzte Akte</b> (Aufnahme / Entlassung)
Bender	27.12.1926 / 05.02.1927	20.01.1932 / 07.06.1932
Klare	04.11.1926 / 15.12.1926	24.07.1933 / 22.08.1933
Kothe	21.10.1929 / 02.11.1929	16.08.1933 / 02.12.1933
Panse	28.10.1926 / 22.12.1926	19.12.1933 / 03.10.1934
Peters	13.08.1927 / 06.10.1927	18.12.1933 / 07.04.1934
Pies	24.08.1928 / 19.09.1928	23.06.1933 / 22.08.1933
Reinartz	30.01.1927 / 31.01.1927	18.09.1933 / 11.11.1933
	<b>Einzigste Akte</b>	
Elsner (Bender/Elsner)	13.07.1928 / 06.10.1928	
Neumann (Bender/ Neumann)	04.08.1928 / 19.09.1928	
Lange (Klare/Lange)	27.02.1929 / 22.08.1929	
Lörenfeld	28.12.1932 / 21.02.1933	
Kresiment (Panse/Kresiment)	02.05.1933 / 14.05.1933	
Müllendorf (Peters/Müllendorf)	06.06.1929 / 02.12.1929	
Heinrich (Reinartz/Heinrich)	21.11.1931 / 10.02.1932	
Schmitt (Schmitt/Klare)	29.03.1928 / 25.04.1928	
Tamm (Tamm/Panse)	07.05.1927 / 31.07.1927	
Thiele	25.04.1933 / 28.04.1933	
Veith (Veith/Reinartz)	12.04.1929 / 10.09.1929	
Weber	12.03.1928 / 20.03.1928	
Weidendorff	30.07.1929 / 08.08.1929	

Tabelle 21: Behandelnde Ärzte

<sup>320</sup> Beddies: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten, S. 505, 508, 513, 515

Vom Zeitpunkt der Kliniköffnung 1926 bis 1933 waren in den 1011 vollständig ausgewerteten Akten die folgenden behandelnden Ärzte überwiegend im Wiesengrund eingesetzt. Dabei findet Emil Bratz besondere Erwähnung, da er die Klinik Wiesengrund ins Leben rief.

### **Bratz, Emil**

Emil Bratz wurde am 24. März 1868 zu Stolp in Pommern geboren. Von 1877 bis 1878 besuchte er das Gymnasium zum Grauen Kloster in Berlin, von 1878 bis 1886 das Gymnasium zu Dramburg in Pommern, von dem er „das Zeugnis der Reife“ erhielt. Er studierte Medizin in Würzburg, Berlin, Heidelberg und Kiel. Während der Studienzeit diente er ein Jahr in Leipzig und Stettin. Dort war er dem Choleralazarett zugeordnet und rettete zwei Menschenleben; dafür erhielt er „die Rettungsmedaille am Bande“.<sup>321</sup>

In Kiel legte er das Staatsexamen am 1. Februar 1891 ab. Im gleichen Jahr promovierte er mit einer 13seitigen Dissertation mit dem Thema: „Über Strychnin und Brucin“, die sich mit der Auswirkung der genannten Stoffe auf den menschlichen Organismus auseinandersetzte.<sup>322</sup>

Von 1892 bis 1894 war er Assistenzarzt in der Psychiatrie in der Anstalt in Stadtroda. Er ging 1894 nach Berlin und blieb dort bis zum Ende seines Berufslebens. Seinen Beruf übte er als Assistent in der Städtischen Epileptikeranstalt Wuhlgarten aus, dort wurde er 1910 zum Oberarzt ernannt. Diese Stellung behielt er bis 1920 bei, wechselte dann als dirigierender Arzt an die Anstalt Dalldorf, die er ab 1923 als ärztlicher Direktor leitete. Nur im Ersten Weltkrieg war seine psychiatrische Tätigkeit durch die Abberufung ins Militärlazarett in Berlin unterbrochen.

Bratz führte die Malariatherapie der progressiven Paralyse in Dalldorf 1922 ein. Darüber hinaus lagen seine Forschungs- und Veröffentlichungsschwerpunkte bei Epileptikern, Alkoholkranken und dem öffentlichen Krankenhauswesen. Mit der Eröffnung der Männerklinik Wiesengrund<sup>323</sup> sprengte er den geschlossenen Rahmen der Anstalt Dalldorf und ebnete den Weg für die soziale Psychiatrie. Aus der Anstalt Dalldorf wurden die Wittenauer Heilstätten mit eben dieser offenen Männerklinik Wiesengrund und zusätzlich einem Abstinenzsanatorium, das sich auf dem Gelände der Hauptanstalt befand. Er regte ferner eine gestaffelte Fürsorge

---

<sup>321</sup> Panse, Friedrich: Personalien, Nekrolog Bratz. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, Hundertundzweiter Band. Berlin und Leipzig (1934), S. 370

<sup>322</sup> Bratz, Emil: Über Strychnin und Brucin. Inaugural-Dissertation. Kiel (1891), S. 14

<sup>323</sup> Nekrolog Bratz, S. 371

an, um „die Erbkranken, die Asozialen, aber auch die Paralytiker im frühesten Erkrankungsstadium [zu] erfassen, die letzteren zur Hebung der therapeutischen Auswirkung der Malaria-behandlung“.<sup>324</sup>

In der Klinischen Wochenschrift vom 4. November 1933 war zu lesen, dass „San.-Rat. Dr. Emil Bratz, bisher Chefarzt der Heilstätten Wittenau [] wegen Erreichung der Altersgrenze in den Ruhestand versetzt [wurde]“<sup>325</sup>; pensioniert wurde er am 1. September 1933. Er verstarb im 67. Lebensjahr an den Folgen eines Sarkoms am 14. April 1934 in Berlin.<sup>326</sup>

In den Akten tauchte sein Name in erstellten Gutachten auf.

### **Panse, Friedrich Albert**<sup>327</sup>

Friedrich Albert Panse wurde am 30. März 1899 als Sohn eines Schlossers in Essen geboren. Er machte 1917 das Notabitur und trat bis Ende des Krieges 1918 in den Militärdienst ein. Von 1919 bis 1923 studierte er erst in Münster, dann in Berlin Medizin. Dort erlangte er 1924 seine Approbation und promovierte über das Thema: „Verlauf, Prognose und ihre Erscheinungsformen beim manisch-depressiven Irresein“.<sup>328</sup> Im Mai 1924 begann er als Assistenzarzt in den Wittenauer Heilstätten.<sup>329</sup> Von 1924 bis 1932 war er dort Assistenzarzt, dann bis 1935 Oberarzt. Im Jahr 1936 folgte er seinem Kollegen Kurt Pohlisch, den er im Rahmen seiner beruflichen Ausübung in Wittenau kennengelernt hatte, nach Bonn an das Rheinische Provinzialinstitut für psychiatrische und neurologische Erbforschung.<sup>330</sup> Er habilitierte 1936 ohne Habilitationsschrift in Berlin. Er erhielt im Mai 1937 einen Lehrauftrag für Neurologie und Psychiatrie in Bonn und war dort ab 1942 außerplanmäßiger Professor. Er wirkte bei der

---

<sup>324</sup> Nekrolog Bratz, S. 371

<sup>325</sup> Tagesgeschichte in: Klinische Wochenschrift; 12. Jahrgang, Nr. 44, S. 1752

<sup>326</sup> Nekrolog Bratz, S. 370

<sup>327</sup> Über Friedrich Panse gibt es diverse ausführliche Veröffentlichungen. Deshalb wird hier zur Vermeidung von Redundanzen nur ein kurzer Abriss seiner medizinischen Laufbahn wiedergegeben. Unter anderem wurde zweimalig im Deutschen Ärzteblatt über Panses Rolle im Dritten Reich und über seine Funktion in der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) veröffentlicht. Genauer kann man nachlesen unter: Jachertz, Norbert: NS-„Euthanasie“: Gedenken, forschen, dokumentieren, aber wo?, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Februar 2012, S. 73. Jachertz, Norbert: Krankenmorde in der NS-Zeit: Das Bußritual der Psychiater, Deutsches Ärzteblatt Ausgabe Januar 2011, S. 32. Forsbach, Ralf: Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München (2006).

<sup>328</sup> Die Promotion erschien allerdings erst 1931 und ist als Mikrofiche in der Staatsbibliothek zu Berlin einsehbar.

<sup>329</sup> Forsbach, Ralf: Friedrich Panse – etabliert in allen Systemen, in: Der Nervenarzt, Heft 3, Band 83, Ausgabe März 2012, S. 329

<sup>330</sup> Aly, Götz: Aktion T4 – 1939-1945; die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstr. 4, 2. Auflage, Berlin (1989), S 186-187

Aktion T4 neben seinem Kollegen Pohlisch als Planer und Gutachter mit, bildete in diesem Zusammenhang auch Richter und Psychiater in „Erbhygiene“ aus.<sup>331</sup>

Im Zweiten Weltkrieg wurde er Oberfeldarzt der Reserve im Reservelazarett Ensen bei Köln. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, dass er im Zweiten Weltkrieg eine Aversions-Therapiemethode wiederbelebte, die bereits im Ersten Weltkrieg zur Anwendung gekommen war. Dabei wurde vermeintlichen Kriegsneurotikern hochdosierter faradayscher Strom verabreicht; nicht selten kamen dabei Soldaten ums Leben. Nach ihm wurde dieses Verfahren „Pansen“ genannt.<sup>332</sup> Nach 1945 setzte er seine Hochschullaufbahn fort, nachdem er auch im Revisionsverfahren vom Vorwurf freigesprochen wurde, Verbrechen gegen die Menschlichkeit begangen zu haben. Im Jahr 1950 wurde er Leiter der Rheinischen Landesklinik für Hirnverletzte und „von 1954 bis 1967 Leiter des Rheinischen Landeskrankenhauses Düsseldorf - Grafenberg und Inhaber des Lehrstuhles für Psychiatrie an der Düsseldorfer Hochschule“. In den Jahren 1965/1966 war er Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Im Jahr 1967 wurde er pensioniert; er verstarb am 06. Dezember 1973 in Bochum.<sup>333</sup> Von der DGPPN wurde Panse im Nachhinein die dortige Ehrenmitgliedschaft entzogen.<sup>334</sup>

### **Klare, Heinz**

Von Heinz Klare ließen sich weder eine medizinische Dissertation noch eine Personalakte ermitteln. Aus einem Zeitungsartikel von 1932 ging hervor, dass er einen tödlichen Unfall erlitt und seine Nachuntersuchung des Patientenkollektives der Männerklinik Wiesengrund deshalb nicht abschließen konnte.<sup>335</sup>

---

<sup>331</sup> Aly, S. 187

<sup>332</sup> Forsbach, Ralf: Friedrich Panse – etabliert in allen Systemen, in: Der Nervenarzt, Heft 3, Band 83, Ausgabe März 2012, S. 332

<sup>333</sup> Forsbach, Ralf: Friedrich Panse, S. 336

<sup>334</sup> Jachertz, Norbert: Krankenmorde in der NS-Zeit: Das Bußritual der Psychiater, Deutsches Ärzteblatt Ausgabe Januar 2011, S. 32

<sup>335</sup> Heinrich, Richard: Erfolge der Malariatherapie bei progr. Paralyse in der Nervenklinik Wiesengrund der Wittenuer Heilstätten. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten, Heft 65. Berlin (1932), S. 115-116

## **Bender, Wilhelm**

Wilhelm Bender wurde am 6. April 1900 in Leun bei Wetzlar geboren.<sup>336</sup> Seine medizinische Dissertation verfasste er 1925 über das Thema: „Über motorische Reaktionen auf taktile Reize bei Geistig-Normalen und Geisteskranken“.<sup>337</sup>

Weitere Einzelheiten über seinen frühen medizinischen Werdegang konnten nicht ermittelt werden. Eine Personalakte im Klinikum Buch war nicht auffindbar und auch im Humboldt-Archiv gibt es keine weiteren Angaben zur Person.

Nach seinem Weggang aus den Wittenauer Heilstätten war er von 1936 bis 1940 ärztlicher Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Berlin Buch. Im Jahr 1939 nahm er an der Besprechung zur Planung des NS-Krankenmordes (T4) teil. Danach ging er zur Kriegsmarine und war bis 1944 Marinestabsarzt. Von 1946 bis 1950 war er Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Uckermünde (DDR). Er verstarb am 13. Januar 1960 im Alter von 59 Jahren.<sup>338</sup>

## **Reinartz, Jürgen**

Jürgen Reinartz wurde am 2. November 1892 geboren.<sup>339</sup> Es konnte von ihm weder eine medizinische Dissertationsarbeit gefunden werden, noch war im Reichsarztregister oder im Archiv der Humboldt-Universität eine Personalakte über ihn zu ermitteln.

## **Peters, Heinrich**

Heinrich Peters wurde am 25. Juli 1900 geboren. Er promovierte am 16. März 1929 über das Thema: „Rhythmische Gymnastik als Hilfsmittel bei der Beschäftigungstherapie geisteskranker Frauen“. In der Zeit, in der Wilhelm Bender ärztlicher Direktor der städtischen Heil- und Pflegeanstalt Berlin Buch war, leitete Heinrich Peters als dirigierender Arzt die dortige Männerabteilung.<sup>340</sup> Hierbei ist erwähnenswert, dass sich unter den Stationen eine Sonderstation für die Malariatherapie paralytischer Männer befand.<sup>341</sup> Aus den Verwaltungsakten des Klinikums Buch ging ferner hervor, dass Dr. Peters im April 1940 einberufen wurde.<sup>342</sup>

---

<sup>336</sup> Klee, Ernst: Das Kulturlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main (2007), S. 40

<sup>337</sup> Beddies/Dörries, S. 518

<sup>338</sup> Klee, S. 40

<sup>339</sup> Beddies/Dörries, S. 512

<sup>340</sup> LA Rep 003 – 04 – 01, S. 198

<sup>341</sup> LA Rep 003 – 04 – 01, S. 201

<sup>342</sup> LA Rep 003 – 04 – 01, S. 268

In den Akten der Klinik Wiesengrund fällt auf, dass Dr. Peters der Einzige war, der alle Verläufe und Aufnahmeanamnesen mit der Schreibmaschine verfasste. (Sowohl seine Unterschrift als auch seine sehr kurzen handschriftlichen Bemerkungen waren nicht lesbar.) Hier drängt sich die Vermutung auf, dass Dr. Peters von der Klinikleitung mit einem gewissen Nachdruck dazu gedrängt wurde, seine Aufzeichnungen lesbar zu machen, oder dass er dies aus Kollegialität und Gründen der Gerichtsfestigkeit der Krankengeschichten freiwillig tat.

### **Pies, NN**

Hier waren genauere Angaben nicht möglich. Der Vorname konnte nicht ermittelt werden und es gibt keine Karte im Reichsarztregister. Zwar erschienen zur passenden Zeit mehrere medizinische Dissertationen, in keiner der Dissertationsarbeiten lag jedoch eine Unterschrift vor, die zum Vergleich mit den Akten hätte herangezogen werden können. Eine Zuordnung wäre daher rein spekulativ gewesen.

### **Kothe, Karl**

Karl Kothe wurde am 11. Juni 1899 in Gürwitz/Prausnitz, im Kreis Mikitsch geboren. Ab dem neunten Lebensjahr besuchte er das humanistische Gymnasium in Glatz und legte im Juni 1917 die Notreifeprüfung ab. Danach wurde er zum Kriegsdienst eingezogen. Nach Kriegsende 1918 begann er das Studium der Medizin in Breslau und legte dort die ärztliche Vorprüfung ab. Es folgte ein Semester in Berlin, ein weiteres in München und die letzten drei Semester seines Medizinstudiums absolvierte er dann wieder in Berlin. Dort bestand er dann auch 1923 das Staatsexamen. Als Medizinalpraktikant absolvierte er je vier Monate in den Fächern Chirurgie, Pathologie und Innere. Er promovierte im Januar 1925 in Berlin über das Thema: „Heredität und Familiarität bei der Dystrophia musculorum progressiva.“<sup>343</sup> (Die persönlichen Daten wurden dem Curriculum vitae seiner medizinischen Dissertation entnommen.) Aus den Verwaltungsakten des Klinikums Buch ging hervor, dass Dr. Kothe im Oktober 1938 als Oberarzt der dortigen psychiatrischen Abteilung gelistet wurde.<sup>344</sup>

---

<sup>343</sup> Kothe, Karl: Heredität und Familiarität bei der Dystrophia musculorum progressiva, Diss. med., Berlin (1925)

<sup>344</sup> LA Rep. 003 – 04 – 01, S. 198

## 8 Zusammenfassung

Die Nervenlinik Wiesengrund wurde 1926 als Klinik zur Behandlung für nervöse Männer eröffnet und hatte als Schwerpunkt die Malariabehandlung von Patienten mit unterschiedlichen Erscheinungsformen der Spätsyphilis. Obwohl die Klinik konzeptionell zunächst für die Behandlung minderbemittelter, nervöser Männer und „Schwächlinge aller Art“ vorgesehen war, ergab die Auswertung der Patientenakten, dass die Patienten der Klinik in etwa die Gesellschaftsstruktur Berlins widerspiegeln. Mit der Gründung der Männerklinik gelang der Brückenschlag zwischen der Neurologie und der Psychiatrie, da sowohl Patienten mit neurologischen als auch psychiatrischen Krankheitsbildern gleichermaßen behandelt wurden.

Der überwiegende Anteil der Klinikpatienten litt an einer Spätform einer zuvor durchgemachten Syphilis. Anders als anfangs vermutet, konnte kein statistisch relevanter Zusammenhang zwischen einer Syphilisinfektion und dem Ersten Weltkrieg nachgewiesen werden. In der Mehrheit der Fälle trat eine Infektion bereits vor dem Ersten Weltkrieg auf, so dass eine Häufung der Syphilis eher im Rahmen der Industrialisierung mit der Zunahme der Bevölkerungsdichte in den Städten zu sehen ist.

Von großer Bedeutung für die Psychiatrie war der Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Spätsyphilis als Folge einer zuvor stattgefundenen Syphilisinfektion und dem Erregernachweis derselben, da hierdurch erstmals zweifelsfrei nachgewiesen werden konnte, „dass eine psychische Krankheit auf erkennbare somatische Störungen zurückzuführen ist.“<sup>345</sup>

Dieser Paradigmenwandel wurde durch Schaudinn und seine Entdeckung des Erregers der Syphilis eingeleitet. Es beeindruckt in dem Zusammenhang, dass mit der Malariatherapie dann eine Therapieform eingesetzt wurde, deren Wirksamkeit allein auf klinischer Beobachtung beruhte, deren Wirkmechanismus jedoch bis zum heutigen Tag unklar ist. Gleichwohl stellte die Malariatherapie eine sehr erfolgreiche Behandlungsmethode dar, die umso erfolgversprechender war, je früher sie eingesetzt wurde. Diese Theorie, die vom Klinikleiter Bratz vertreten wurde, konnte durch die Auswertung der Akten der Klinik Wiesengrund im Vergleich mit den Behandlungserfolgen in den Wittenauer Heilstätten belegt werden. Es ist heute kaum vorstellbar, eine Krankheit mit einer anderen zu behandeln. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass zwei amerikanische Forscher die Malaria zur Behandlung von

---

<sup>345</sup> Schott/Tölle, S. 81

HIV einsetzen wollten. Und noch in den 90er Jahren gab es Überlegungen, die Lyme-Borreliose mit Malaria zu behandeln.<sup>346</sup>

Es darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass zum Beispiel bei der Antibiotika-Behandlung ein ähnliches Prinzip Anwendung findet. Bakterien werden durch speziell gereinigte Pilzprodukte abgetötet, man bedient sich gleichsam eines Mikroorganismus‘ zur Behandlung einer Erkrankung, die durch einen anderen Mikroorganismus ausgelöst wird. Der grundlegende Unterschied besteht zweifelsohne darin, dass der Pilz des Antibiotikums für den Menschen nicht pathogen ist und somit auch durch sein Produkt keine Erkrankung hervorgerufen wird; die auftretenden Nebenwirkungen sind streckenweise jedoch nicht unerheblich. Es gilt in der Medizin also stets abzuwägen und immer wieder neu zu hinterfragen, ob das angewandte therapeutische Verfahren mehr Nutzen oder mehr Schaden bereitet, ob die zu erwartenden Nebenwirkungen tolerabel sind und ob sie ein eventuelles Leiden des Patienten rechtfertigen.

Auch die Immunisierung beruht auf dem Applizieren von Krankheitserregern, um die körpereigene Abwehr zu mobilisieren. Allerdings ist die Pathogenität des krankheitsauslösenden Agens im Impfersum herabgesetzt. So schwer nachvollziehbar es heute erscheint, hat die Malariatherapie seinerzeit doch nachweisbare Erfolge in der Behandlung der progressiven Paralyse erbracht.

Lohnt es sich in diesem Zusammenhang, historische Therapieverfahren zu betrachten? Aktuell stehen zur Behandlung vieler Infektionskrankheiten medikamentöse Behandlungsoptionen zur Verfügung. Allerdings treten immer häufiger Resistenzen auf, gibt es immer mehr multi-resistente Keime, es droht in der Bakteriologie eine „postantibiotische Ära“. Was wird noch zu nutzen sein, wenn die bewährten Behandlungsmittel versagen? Und was gälte es zu tun, wenn Antibiotika ihre Wirkung völlig einbüßten?

Die Malariatherapie ist ein historisches Beispiel für den Einsatz eines Verfahrens, das aufgrund rein empirischer, klinischer Beobachtung entstand. Bis heute ist der Wirkmechanismus ungeklärt; ohne Zweifel war der Einsatz der Malaria aber in der Anwendungszeit ein erfolgreiches therapeutisches Mittel, das viel Leid und Pflegebedürftigkeit linderte und reduzierte, allerdings zu einem hohen Preis. Sehr beeindruckend auch für mich persönlich ist in diesem Zusammenhang, dass es vor allem die genaue Beobachtung der Patienten war, die den Gedanken, die Malaria als Therapieform anzuwenden, ins Leben gerufen hat.

---

<sup>346</sup> Zuk, Marlene: Was wäre das Leben ohne Parasiten? Warum wir Krankheiten brauchen. Heidelberg (2008), S. 18

Es soll an dieser Stelle kein Plädoyer für den Einsatz der Malariatherapie gehalten werden. Sehr wichtig erscheint jedoch, den klinischen Blick zu schärfen und eine genaue Patientenbeobachtung zu betreiben - vor allen Dingen in den Fällen, in denen eine Besserung einer Erkrankung ohne klar ersichtlichen Grund stattfindet. Hier könnten Ansätze für neue Therapieverfahren liegen.

Nicht allein der Aspekt des Therapieansatzes ist wichtig. Bei der Auswertung bzw. beim Lesen der Akten zeigte sich, dass neben den statistisch auswertbaren Daten auch noch eine andere Dimension eine Rolle spielte. Durch die genaue Beobachtung und Dokumentation entstand beim Lesen der Akte ein recht genaues Bild des Patienten, so dass eine gewisse Individualität durch die Akte erhalten blieb. Diesen Aspekt behandeln auch Paul Richter und Ulrich Müller in ihren Aufsätzen über die Erforschung von Lebensläufen und über die Krankengeschichte als Quelle für Lebensgeschichten.<sup>347</sup> Heute ist es gängige Praxis, dass sowohl die ärztliche als auch die pflegerische Dokumentation computergestützt durchgeführt wird. In Entlassungsberichten sowie im Verfassen von Befunden wird häufig auf Textbausteine zurückgegriffen. Dies vereinfacht zwar eine statistische Auswertung der Daten - allerdings auf Kosten der genauen Patientenbeschreibung. Da beide Aspekte - sowohl die Quantifizierbarkeit von Daten als auch die genaue Patientenbeschreibung wichtig sind, sollte auch heute weiterhin auf eine individualisierte und genaue Patientenbeschreibung Wert gelegt werden.

Zur Bewertung geschichtlicher Sachverhalte äußerte sich Klaus von Dohnanyi im Buch zum 60. Todestag von Karl Bonhoeffer, indem er Norbert Elias zitiert: „... und der sei ein schlechter Historiker..., der Menschen der Vergangenheit auf der Grundlage heutiger Erfahrungen beurteile.“<sup>348</sup> Vergleichbar könnte Ähnliches auf früher erfolgreiche, heute jedoch vergessene Therapieverfahren zutreffen.

---

<sup>347</sup> Richter, Paul: Exkurs zur Forschung von Lebensläufen: Einzelfall und Statistik. In: Fuchs, Petra, Rotzoll, Maïke, Müller, Ulrich et al (Hrsg.): Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. 2. Auflage, Göttingen (2008), S. 73-79. Müller, Ulrich: Metamorphosen – Krankenakten als Quelle für Lebensgeschichten. In: Fuchs, Petra, Rotzoll, Maïke, Müller, Ulrich et al (Hrsg.): Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. 2. Auflage, Göttingen (2008), S. 80- 96

<sup>348</sup> Von Dohnanyi, Klaus: Karl Bonhoeffer zum 60. Todestag. In: Moskopp, Dag und Jäckel, Dorothea (Hrsg.): Karl Bonhoeffer, ein Nervenarzt. Vorträge zum 60. Todestag. Berlin (2009), S. 38

Was heute die Behandlung der ersten Wahl ist, könnte demnächst als obsolet angesehen werden. So spielte die Malariatherapie sofort nach Entdeckung der Antibiotika keinerlei Rolle in der Behandlung der Syphilis mehr.

In den kommenden Jahren und Jahrzehnten könnte auch das Problem der Neurosyphilis durchaus wieder eine größere Rolle spielen. Neben der steigenden Resistenzlage nimmt die Zahl der gemeldeten Syphilisfälle stetig zu. Im infektionsepidemiologischen Jahrbuch von 2011 gab das Robert-Koch-Institut an, dass für das Jahr 2011 insgesamt 3698 Fälle von Syphilis gemeldet wurden. Dabei lag die Inzidenz bundesweit bei 4,5 pro 100.000 Einwohner, in Großstädten lag sie bedeutend höher (z.B. in Berlin bei 18 pro 100.000 Einwohner). Im Vergleich zum Jahr 2010 waren es 22 Prozent mehr gemeldete Fälle. Für 2012 zeichnet sich ab, dass die Zahl der Syphilis-Neuinfektionen im Vergleich zu 2011 weiter deutlich zunimmt.<sup>349</sup> Auch die Malaria, die zu 1,24 Millionen Todesfällen pro Jahr führt, kann eine zunehmende Bedrohung darstellen, da immer mehr Parasiten gegen die verfügbaren Behandlungsoptionen resistent werden.<sup>350</sup>

Der Umgang mit der Malariatherapie der progressiven Paralyse zeigt, dass der Arzt immer im Spannungsfeld zwischen Heilen und Schaden steht. Was hilft dem Patienten? Was mutet man ihm zu? Ist der Preis gerechtfertigt für den Nutzen, den der einzelne oder die Bevölkerung von den Therapieoptionen hat? Gibt es das richtige Behandlungssetting? Eine zufriedenstellende Antwort auf diese Fragen gibt es nicht. Vielmehr gilt es, den Blick dafür zu schärfen und offen zu halten, stetig und immer wieder das eigene Handeln abzuwägen und kritisch zu hinterfragen.

---

<sup>349</sup> Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011; Robert-Koch-Institut. Datenstand 1. März 2012. Berlin (2012), S. 172-174; auch in der Apotheken Umschau, Ausgabe 15. September 2012, S. 8 wird auf das Problem der „unerfreulichen Trendwende“ mit Zunahme der Neuinfektionen mit Syphilis hingewiesen.

<sup>350</sup> Murray, Christopher J.L. et al: Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systemic analysis. In: Lancet 2012; 379: S. 413-431. Phyo, Aung Pyae et al: Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study. In: Lancet 2012; 379: S. 1960-1966



Abb. 23: Seitenansicht eines der Häuser der Klinik Wiesengrund<sup>351</sup>

---

<sup>351</sup> LAB A Rep. 003 – 04 – 04, Foto 2 aus Umschlag 2

## 9 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Bild aus der Nervenklinik Wiesengrund, vermutlich Arbeit eines Patienten...	5
Abb. 2:	Seitenansicht eines der Häuser der Klinik Wiesengrund .....	13
Abb. 3:	Bild des Staffelsystems der Wittenauer Heilstätten .....	19
Abb. 4:	Lageplan der beiden Häuser der Klinik Wiesengrund .....	22
Abb. 5:	Vorderansicht Haus A und B .....	23
Abb. 6:	Seitenansicht Haus A .....	24
Abb. 7:	Rückansicht Haus A .....	25
Abb. 8:	Querschnitt Haus A .....	26
Abb. 9:	Grundriss Erdgeschoss Haus A .....	27
Abb. 10:	Grundriss Kellergeschoss Haus A .....	28
Abb. 11:	Grundriss Kellergeschoss Haus A mit Markierung der Funktionsräume .....	29
Abb. 12:	Grundriss Kellergeschoss Haus B .....	30
Abb. 13:	Grundriss Kellergeschoss Haus B mit Markierung der Funktionsräume .....	31
Abb. 14:	Grundriss Obergeschoss Haus A und B .....	32
Abb. 15:	Bild eines Patienten bei der Arbeitstherapie in der Werkstatt .....	34
Abb. 16:	Aufdruck auf dem Deckblatt der Krankenakten .....	37
Abb. 17:	Anzahl der Patienten aus den Bezirken Berlins .....	53
Abb. 18:	Zyklus der Plasmodien .....	101
Abb. 19:	Einverständniserklärung zur Malariatherapie .....	126
Abb. 20:	Heilplan .....	136
Abb. 21:	Patientenkurve während der Inkubationszeit unter Malariatherapie .....	139
Abb. 22:	Patientenkurve während der Fieberschübe unter Malariatherapie .....	141
Abb. 23:	Seitenansicht eines der Häuser der Klinik Wiesengrund .....	158

## 10 Diagramm- und Tabellenverzeichnis

Diagramm 1:	Aufnahmen und Entlassungen 1926-1941 .....	43
Tabelle 1:	Aufnahmen und Entlassungen 1926-1941 .....	44
Diagramm 2:	Klinikauslastung 1926-1941 mit Liegetagen .....	45
Tabelle 2:	Klinikauslastung 1926-1941 mit Liegetagen .....	46
Diagramm 3:	Verteilung der Diagnosen 1926-1941 .....	47
Tabelle 3:	Verteilung der Diagnosen 1926-1941 .....	48
Tabelle 4:	Durchschnittsalter der Patienten 1926-1941 .....	48
Diagramm 4:	Durchschnittsalter der Patienten 1926-1941 .....	49
Diagramm 5:	Aufnahmen nach Wohnort .....	50
Tabelle 5:	Aufnahmen nach Wohnort / prozentualer Anteil .....	50
Diagramm 6:	Aufnahmen nach Wohnort / prozentualer Anteil .....	51
Diagramm 7:	Kostenträger 1926-1941 .....	60
Diagramm 8:	Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen .....	61
Diagramm 9:	Vergleich der Berufszugehörigkeit der männlichen Bevölkerung / Patienten .....	62
Tabelle 6:	Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen für Berlin (Volkszählung 1925) .....	63
Tabelle 7:	Anzahl der Berufe nach Wirtschaftszweigen der Patienten .....	63
Diagramm 10:	Familienstand der Patienten 1926-1941 .....	64
Diagramm 11:	Religionszugehörigkeit im Vergleich .....	66
Diagramm 12:	Klinikaufenthalte .....	67
Tabelle 8:	Patientenzahlen und prozentualer Anteil der Aufnahmen/Wiederaufnahmen .....	68
Tabelle 9:	Liegedauer der Patienten nach Diagnosen (ausführlich ausgewertete Akten) .....	69
Tabelle 10:	Liegedauer der Patienten nach Diagnose (alle Akten 1926-1933) .....	70

Tabelle 11:	Liegedauer der Patienten nach Diagnose (alle Akten 1926-1941) .....	70
Tabelle 12:	Liegedauer der Patienten nach Diagnose, vergleichende Betrachtung .....	71
Diagramm 13:	Vergleichende Betrachtung der Aufnahmediagnosen .....	72
Diagramm 14:	Ernährungszustand der Patienten bei Aufnahme .....	74
Tabelle 13:	Der Ernährungszustand der Patienten nach Diagnosen aufgeschlüsselt .....	75
Tabelle 14:	Ernährungszustand der Patienten nach Diagnosen im prozentualen Vergleich .....	75
Diagramm 15:	Zustand der Patienten bei Entlassung .....	79
Tabelle 15:	Zustand der Patienten bei Entlassung / Entlassungsgrund nach Diagnosen .....	80
Tabelle 16:	Zustand der Patienten bei Entlassung im prozentualen Vergleich .....	80
Tabelle 17:	Untersuchungen auf WaR .....	120
Tabelle 18:	Geschlechtskrankheiten in der Anamnese .....	122
Tabelle 19:	Menge und Darreichungsform bei Malariaimpfung .....	128
Diagramm 16:	Inkubationszeit in Tagen nach Malariaimpfung .....	129
Diagramm 17:	Anzahl und Häufigkeit der Fieberschübe nach Malariaimpfung .....	130
Tabelle 20:	Vergleichende Betrachtung des Zustands der Patienten bei der Entlassung .....	134
Diagramm 18:	Vergleich des Zustands der Patienten bei Entlassung in Prozent .....	135
Tabelle 21:	Behandelnde Ärzte .....	148

## 11 Quellenverzeichnis

<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 01
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 03, Nr. 165
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 09, Nr. 1 – 1019
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Foto 2 aus Umschlag 2
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 3, aus Umschlag 3 Nr. 4512
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 3, 02
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Foto 1c 12.4.30
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 31, Foto 1 aus Umschlag 1
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 003 – 04 – 04, Nr. 6133
<b>Landesarchiv Berlin</b>	A Rep. 005 – 03 – 01, Nr. 1476, - Nr. 1483, - Nr. 1500, - Nr. 1503, - Nr. 1508, - Nr. 1518, - Nr. 1522, - Nr. 1527, - Nr. 1503
<b>Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv</b>	Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band I
<b>Bezirksamt Reinickendorf von Berlin, Bauarchiv</b>	Fach 1758, Hausnummer 238/242 Eichborndamm, Band III

## 12 Literaturverzeichnis

Aly, Götz: Aktion T4 – 1939-1945; die „Euthanasie“-Zentrale in der Tiergartenstr. 4, 2. Auflage, Berlin (1989)

Baar, (NN.): Die Wirtschaftlichkeit der „Nervenlinik Wiesengrund“ in einem Rechnungsjahr. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf. Sonderdruck aus: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92. Berlin (1929), S. 126-128

Beddies, Thomas: Zur Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik, ehem. Wittenauer Heilstätten, ehem. Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum (1999), S. 37-187

Beddies, Thomas: Karl Bonhoeffer und die Nervenlinik der Charité. In: Moskopp, Dag und Jäckel, Dorothea (Hrsg.): Karl Bonhoeffer, ein Nervenarzt. Vorträge zum 60. Todestag. Berlin (2009), S. 43-66

Beddies, Thomas: Die „Reformpsychiatrie“ der zwanziger Jahre des 20. Jahrhunderts. In: Beddies, Thomas und Hübener, Kristina (Hrsg.): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin-Brandenburg (2003), S. 11-42

Beddies, Thomas: Verlegung von Patienten aus Berliner und Brandenburger Anstalten im Rahmen der „dezentralen Euthanasie“ (1941-1944). In: Beddies, Thomas und Hübener, Kristina (Hrsg.): Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin-Brandenburg (2003), S. 207-218

Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin. Husum (1999)

Beddies, Thomas und Hübener, Kristina: Dokumente zur Psychiatrie im Nationalsozialismus. Berlin-Brandenburg (2003)

Beddies, Thomas und Schmiedebach, Heinz-Peter: Die Fürsorge für psychisch Kranke in Berlin in der Zeit der Weimarer Republik. In: Berlin in Geschichte und Gegenwart, Jahrbuch des Landesarchivs Berlin 2000, S. 81-99

Bender, Wilhelm: Ein Beitrag zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 116-125

- Bergmann, Paul: Praktischer Hausschatz der Heilkunde. Heinrich Killinger, Verlagsgesellschaft m.b.H. Nordhausen am Harz (etwa 1930)
- Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin (1923)
- Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932)
- Bratz, Emil: Über Strychnin und Brucin; Inaugural-Dissertation. Kiel (1891)
- Bratz, Emil: 50 Jahre Dalldorf. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf; Sonderdruck aus: Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Band 92. Berlin 1929, S.1-17
- Crouthamel, Jason: „Hysterische Männer“? Traumatisierte Veteranen des Ersten Weltkrieges und ihr Kampf um Anerkennung im Dritten Reich. In: Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Göttingen(2010), S. 29-53
- Damm, Sabine und Emmerich, Norbert.: Die Irrenanstalt Dalldorf – Wittenau bis 1933. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Die Geschichte der Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik; 1. Auflage, Berlin (1988), S.11-48
- Dattner, Bernhard und Kauders, Otto: Kurzer Leitfaden der Malariatherapie auf Grund klinischer Beobachtungen und experimentellen Studien. Zweite, umgearbeitete Auflage. Leipzig und Wien (1927)
- Dobson, Mary: Seuchen die die Welt veränderten. National Geographic History (2007)
- Eckart, Wolfgang U.: Illustrierte Geschichte der Medizin, 2. Auflage. Berlin (2011)
- Fischer-Homberger, Esther: Der Erste Weltkrieg und die Krise der ärztlichen Ethik. In: Bleker, Johanna und Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): Medizin und Krieg. Frankfurt am Main (1987), S.122-132
- Forsbach, Ralf: Friedrich Panse – etabliert in allen Systemen, in: Der Nervenarzt, Heft 3, Band 83; Ausgabe März 2012, S. 329-336
- Forsbach, Ralf: Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München (2006)
- Gerstmann, Joseph: Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Unspezifische Therapie der Metalues des Zentralnervensystems mittels künstlicher Erzeugung einer akuten Infektionskrankheit. Wien (1925)

- Gottschalk, Salomon: Tabes und progressive Paralyse bei Ehegatten. Inaugural-Dissertation. Würzburg (1899)
- Hahn, Helmut: Treponemen. In: Hahn, Helmut, Falke, Dietrich und Klein, Paul (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 456-471
- Hahn, Helmut: Borrelien. In: Hahn, Helmut, Falke, Dietrich und Klein, Paul (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 472-475
- Hall, Frank: Psychopharmaka – Ihre Entwicklung und klinische Erprobung. Hamburg (1997)
- Heinrich, Richard: Erfolge der Malariatherapie bei progr. Paralyse in der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten. In: Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932), S. 115-116
- Helmchen, Daniel: Malariatherapie der Progressiven Paralyse in den Wittenauer Heilstätten. In: Beddies, Thomas und Dörries, Andrea (Hrsg.): Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. Husum (1999), S.435-461
- Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008)
- Hess, Volker und Engstrom, Eric: Neurologie an der Charité zwischen medizinischer und psychiatrischer Klinik. In: Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin (2001), S.99-110
- Hesse, Peter G. und Hohmann, Joachim S.: Friedrich Schaudinn (1871-1906), Sein Leben und Wirken als Mikrobiologe. Eine Biographie. Frankfurt am Main (1995)
- Hohn, Hans Günther: Die deutsche Rentengeschichte. Berlin (2004)
- Holdorff, Bernd und Wolter, Manfred: Weitere Berliner Beiträge zur Semiologie und Nosologie aus der Gründerzeit der Neurologie. In: Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin (2001), S.193-214
- Holdorff, Bernd und Winau, Rolf (Hrsg.): Geschichte der Neurologie in Berlin. Berlin (2001)
- Jachertz, Norbert: NS-„Euthanasie“: Gedenken, forschen, dokumentieren, aber wo?, Deutsches Ärzteblatt, Ausgabe Februar 2012, S. 73

- Jachertz, Norbert: Krankenmorde in der NS-Zeit: Das Bußritual der Psychiater, Deutsches Ärzteblatt Ausgabe Januar 2011, S. 32
- Janitschke, Klaus: Plasmodien. In: Hahn, Helmut, Falke, Dietrich und Klein, Paul (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 901-905
- Jossmann, Paul: Allgemeine klinische Ergebnisse der Reiztherapie der progressiven Paralyse auf Grund der Erfahrungen der Jahre 1922-1929. In: Bonhoeffer, Karl und Jossmann, Paul (Hrsg.): Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. In: Abhandlungen aus der Neurologie, Psychiatrie, Psychologie und ihren Grenzgebieten. Beiheft zur Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Berlin (1932), S. 1-21
- Kadgiehn, Fritz: Aufbau und Zuständigkeit der Versicherungsträger und der Versicherungsbehörden. In: Wege zur Kassenpraxis, Schulungsschriften der „Arbeiter-Versorgung“, Berlin (1934)
- Kaufmann, Stefan H.E.: Antigen-Antikörper-Reaktion: Grundlage serologischer Methoden. In: Hahn, Helmut, Falke, Dietrich und Klein, Paul (Hrsg.): Medizinische Mikrobiologie. Berlin (1994), S. 143-160
- Klare, Heinz: Metaluesprobleme unter dem Gesichtswinkel der Fieberbehandlung. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 90-100
- Klee, Ernst: Das Kulturlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main (2007)
- Kothe, Karl: Heredität und Familiarität bei der Dystrophia musculorum progressiva, Diss. med., Berlin (1925)
- Ludewig, Reinhard: Akute Vergiftungen. 9. Auflage. Stuttgart (1999)
- Masuhr, Karl F. und Neumann, Marianne: Neurologie, Duale Reihe, 5. Auflage. Stuttgart (2005)
- Michl, Susanne: Im Dienste des „Volkskörpers“. Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft Band 177. Göttingen (2007)
- Müller, Ulrich: Metamorphosen – Krankenakten als Quelle für Lebensgeschichten. In: Fuchs, Petra, Rotzoll, Maike, Müller, Ulrich et al (Hrsg.): Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. 2. Auflage, Göttingen (2008), S. 80-96

- Murray, Cristopher J. L. et al: Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systemic analysis. In: Lancet 2012; 379: S. 413-431.
- Neugebauer, Wolfgang und Schwarz, Peter: Nobelpreisträger im Zwielficht. Zur historisch-politischen Beurteilung von Julius Wagner-Jauregg (1857-1940). In: Jahrbuch Dokumentationsarchiv des Österreichischen Widerstandes (2006), S. 124-169
- Neuner, Stephanie: Politik und Psychiatrie. Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920-1939. Göttingen (2011)
- Oppenheim, Hermann: Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende. Sechste Auflage. Berlin (1913)
- Paetz, Walter: Die Bismogenoltherapie der Syphilis. In: Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der Medizin, Band V, Heft 6. Leipzig (1929), S. 240-260
- Panse, Friedrich: Personalia; Nekrolog Bratz. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin. Hundertundzweiter Band. Berlin und Leipzig (1934), S. 370-374
- Panse, Friedrich: Eröffnung der Nervenlinik Wiesengrund der Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin, in: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Sechsendachtzigster Band; Berlin und Leipzig (1927). S. 395-397
- Peters, Walter: Unsere Erfahrungen mit der Malaria-Therapie luetischer Erkrankungen. Inaugural-Dissertation. Gießen (1933)
- Phyo, Aung Pyae et al: Emergence of artemisinin-resistant malaria on the western border of Thailand: a longitudinal study. In: Lancet 2012; 379: S. 1960-1966
- Pieroth, Ingrid: Penicillinherstellung, von den Anfängen bis zur Großproduktion. Stuttgart (1992)
- Prange, Hilmar: Neurosyphilis; in: Brandt, Thomas, Dichgans, Johannes und Diener, Hans Christoph (Hrsg.): Therapie und Verlauf neurologischer Erkrankungen. 4. Auflage. Stuttgart (2003), S. 525-530
- Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Auflage. Berlin (2007)
- Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Einleitung. Göttingen (2010), S. 9-28.

- Rauh, Philipp: Von Verdun nach Grafeneck. In: Quinkert, Babette, Rauh, Philipp und Winkler, Ulrike (Hrsg.): Krieg und Psychiatrie 1914-1950. Göttingen (2010), S. 54-74
- Richter, Paul: Exkurs zur Forschung von Lebensläufen: Einzelfall und Statistik. In: Fuchs, Petra, Rotzoll, Maike, Müller, Ulrich et al (Hrsg.): Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst. Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. 2. Auflage, Göttingen (2008), S. 73-79
- Rihner, Fred: Sir Alexander Fleming. Gedenkschrift zum 100. Geburtstag. Zürich (1981)
- Robert-Koch-Institut: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2011. Berlin (2012)
- Sauerteig, Lutz: Krankheit, Sexualität, Gesellschaft: Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. Und frühen 20. Jahrhundert. Stuttgart (1999)
- Schiffter, Roland: Die Neurologisierung der Psychiatrie: Aspekte eines Paradigmenwechsels – Moritz Romberg, Wilhelm Griesinger, Carl Westphal. In: Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008), S. 59-75
- Schmiedebach, Heinz-Peter: „Irrenanstaltspolitik“ um 1868: Stadtasyl und Anstaltspflege – Wilhelm Griesinger und Heinrich Laehr. In: Helmchen, Hanfried (Hrsg.): Psychiater und Zeitgeist. Zur Geschichte der Psychiatrie in Berlin. Lengerich (2008), S. 179-198
- Schneider, Carl: Behandlung und Verhütung der Geisteskrankheiten. Berlin (1939)
- Schönbauer, Leopold und Jantsch, Marlene: Julius Wagner-Jauregg, Lebenserinnerungen. Wien (1950)
- Schott, Heinz und Tölle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen. München (2006)
- Schulze, F. Otto: Metaluesbehandlung mit Malaria quartana. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 67-68
- Stender, Wolf: Hundert Jahre „Klinik Wiesengrund“. Eine medizinhistorische Untersuchung zur Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Inaugural-Dissertation. Berlin (1982)
- Stolleis, Michael: Geschichte des Sozialrechts in Deutschland. Stuttgart (2003)
- Strobel, Hans: Zur Malariatherapie der Syphilis. Diss. Univ. Berlin (1940)

- von Dohnanyi, Klaus: Karl Bonhoeffer zum 60. Todestag. In: Moskopp, Dag und Jäckel, Dorothea (Hrsg.): Karl Bonhoeffer, ein Nervenarzt. Vorträge zum 60. Todestag. Berlin (2009), S. 33-42
- Wagner-Jauregg, Julius: Fieber- und Infektionstherapie. Ausgewählte Beiträge 1887-1935. Wien, Leipzig, Berlin (1936)
- Wethmar, Rudolf: Biologische Betrachtungen zur Impfmalaria. In: Festschrift zum 50jährigen Bestehen der Anstalt Dalldorf (Hauptanstalt der Wittenauer Heilstätten). Berlin (1929), S. 203-207
- Zeller, Gerhart: Die moderne Psychiatrie beginnt in Wiesengrund. Gedanken über Bratz und das Wittenauer Staffelsystem. In: Machinek, Uwe und Hartisch, Eberhard (Hrsg.): Denkschrift zum 100jährigen Bestehen der Klinik Wiesengrund. Berlin (ca. 1983), S. 53-67
- Zuk, Marlene: Was wäre das Leben ohne Parasiten? Warum wir Krankheiten brauchen. Heidelberg (2008)

### 13 Anhang

#### ANHANG 1

##### Aufnahmen und Diagnosen der einzelnen Jahre 1926 bis 1941

<b>Aufnahmen 1926</b>	<b>50</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>max</b>
Neurosyphilis	16	32,0%	106	3	760
Psychopathie	9	18,0%	56	3	132
neurologische Erkrankung	6	12,0%	69	50	83
Erschöpfung	0				
zur Beobachtung	2	4,0%	5	1	9
andere	5	10,0%	42	11	75
Schizophrenie	1	2,0%	64		
Sucht	4	8,0%	74	45	75
Unfallfolgen	0				
Depression	3	6,0%	104	65	182
Minderbegabung	2	4,0%	33	27	38
Rentenneurose	2	4,0%	36	29	42
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1927</b>	<b>324</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>max</b>
Neurosyphilis	101	31,2%	74	1	210
Psychopathie	55	17,0%	56	2	145
neurologische Erkrankung	34	10,5%	98	3	694
Erschöpfung	20	6,2%	56	4	126
zur Beobachtung	28	8,6%	13	2	52
andere	25	7,7%	54	3	122
Schizophrenie	12	3,7%	54	2	148
Sucht	5	1,5%	73	6	130
Unfallfolgen	9	2,8%	49	6	100
Depression	9	2,8%	55	13	104
Minderbegabung	8	2,5%	55	6	141
Rentenneurose	13	4,0%	38	5	98
Kriegsverletzung	2	0,6%	81	22	140
keine Angaben	3	0,9%	19	1	54

<b>Aufnahmen 1928</b>	<b>380</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	138	36,3%	72	2	503
Psychopathie	46	12,1%	47	2	169
neurologische Erkrankung	39	10,3%	70	3	255
Erschöpfung	40	10,5%	57	3	159
zur Beobachtung	47	12,4%	13	2	70
andere	26	6,8%	59	5	168
Schizophrenie	3	0,8%	57	35	95
Sucht	6	1,6%	34	19	40
Unfallfolgen	18	4,7%	78	5	291
Depression	3	0,8%	35	10	49
Minderbegabung	7	1,8%	85	9	264
Rentenneurose	3	0,8%	64	49	85
Kriegsverletzung	3	0,8%	81	29	125
keine Angaben	1	0,3%	43		

<b>Aufnahmen 1929</b>	<b>362</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	126	34,8%	72	1	223
Psychopathie	41	11,3%	53	3	404
neurologische Erkrankung	33	9,1%	95	3	455
Erschöpfung	46	12,7%	55	5	128
zur Beobachtung	44	12,2%	14	2	88
andere	14	3,9%	57	2	180
Schizophrenie	9	2,5%	50	10	126
Sucht	5	1,4%	60	19	109
Unfallfolgen	24	6,6%	63	5	129
Depression	3	0,8%	83	71	96
Minderbegabung	11	3,0%	67	23	152
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	1	0,3%	69		
keine Angaben	5	1,4%	3	1	7

<b>Aufnahmen 1930</b>	<b>323</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	114	35,3%	95	3	397
Psychopathie	33	10,2%	54	3	174
neurologische Erkrankung	32	9,9%	125	2	838
Erschöpfung	53	16,4%	55	3	391
zur Beobachtung	26	8,0%	11	5	51
andere	18	5,6%	68	2	144
Schizophrenie	7	2,2%	81	2	347
Sucht	3	0,9%	60	2	164
Unfallfolgen	26	8,0%	57	8	119
Depression	5	1,5%	85	22	151
Minderbegabung	2	0,6%	94	70	117
Rentenneurose	1	0,3%	10		
Kriegsverletzung	1	0,3%	38		
keine Angaben	2	0,6%	2	1	2

<b>Aufnahmen 1931</b>	<b>278</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	99	35,6%	85	2	218
Psychopathie	29	10,4%	69	2	536
neurologische Erkrankung	39	14,0%	73	4	383
Erschöpfung	25	9,0%	67	3	214
zur Beobachtung	10	3,6%	16	4	90
andere	18	6,5%	49	2	94
Schizophrenie	8	2,9%	49	7	110
Sucht	5	1,8%	92	27	154
Unfallfolgen	7	2,5%	32	5	53
Depression	18	6,5%	90	3	188
Minderbegabung	6	2,2%	88	9	248
Rentenneurose	9	3,2%	53	19	100
Kriegsverletzung	3	1,1%	38	6	58
keine Angaben	2	0,7%	13	12	13

<b>Aufnahmen 1932</b>	<b>311</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	106	34,1%	78	3	205
Psychopathie	58	18,6%	64	6	181
neurologische Erkrankung	23	7,4%	86	9	242
Erschöpfung	14	4,5%	60	11	156
zur Beobachtung	13	4,2%	23	3	77
andere	27	8,7%	77	1	385
Schizophrenie	21	6,8%	69	2	159
Sucht	5	1,6%	92	10	155
Unfallfolgen	5	1,6%	17	4	60
Depression	20	6,4%	73	1	133
Minderbegabung	10	3,2%	41	7	93
Rentenneurose	5	1,6%	31	5	81
Kriegsverletzung	1	0,3%	81		
keine Angaben	3	1,0%	4	1	6

<b>Aufnahmen 1933</b>	<b>284</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	105	37,0%	92	6	521
Psychopathie	54	19,0%	72	5	257
neurologische Erkrankung	29	10,2%	90	4	289
Erschöpfung	6	2,1%	55	11	111
zur Beobachtung	18	6,3%	16	4	66
andere	20	7,0%	69	1	400
Schizophrenie	7	2,5%	94	28	168
Sucht	9	3,2%	93	43	216
Unfallfolgen	3	1,1%	94	38	154
Depression	13	4,6%	41	2	106
Minderbegabung	14	4,9%	76		
Rentenneurose	2	0,7%	94	61	126
Kriegsverletzung	1	0,4%	58	7	294
keine Angaben	3	1,1%	4	3	4

<b>Aufnahmen 1934</b>	<b>187</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>		<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	99	52,9%	109	2	474
Psychopathie	31	16,6%	94	7	537
neurologische Erkrankung	15	8,0%	133	11	479
Erschöpfung	4	2,1%	66	7	174
zur Beobachtung	5	2,7%	57	17	172
andere	3	1,6%	84	15	206
Schizophrenie	12	6,4%	133	4	424
Sucht	14	7,5%	109	16	419
Unfallfolgen	2	1,1%	69	3	131
Depression	1	0,5%	286		
Minderbegabung	1	0,5%	334		
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1935</b>	<b>176</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	109	61,9%	115	2	634
Psychopathie	27	15,3%	78	2	296
neurologische Erkrankung	14	8,0%	140	2	883
Erschöpfung	1	0,6%	159		
zur Beobachtung	3	1,7%	17	3	40
andere	1	0,6%	413		
Schizophrenie	10	5,7%	79	6	139
Sucht	6	3,4%	88	28	173
Unfallfolgen	0				
Depression	4	2,3%	80	70	92
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	1	0,6%	240		
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1936</b>	<b>176</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	96	54,5%	117	2	645
Psychopathie	27	15,3%	57	5	207
neurologische Erkrankung	17	9,7%	150	3	451
Erschöpfung	1	0,6%	60		
zur Beobachtung	0				
andere	5	2,8%	71	12	178
Schizophrenie	8	4,5%	35	2	117
Sucht	9	5,1%	47	3	121
Unfallfolgen	5	2,8%	89	6	311
Depression	5	2,8%	74	45	114
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	1	0,6%	4		
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	2	1,1%	40	9	71

<b>Aufnahmen 1937</b>	<b>147</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	95	64,6%	176	4	1034
Psychopathie	17	11,6%	51	5	151
neurologische Erkrankung	13	8,8%	182	3	1015
Erschöpfung	1	0,7%	71		
zur Beobachtung	1	0,7%	6		
andere	0				
Schizophrenie	5	3,4%	44	2	120
Sucht	8	5,4%	80	36	173
Unfallfolgen	1	0,7%	5		
Depression	4	2,7%	36	27	42
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	2	1,4%	61	5	117
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1938</b>	<b>96</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	52	54,2%	156	10	581
Psychopathie	9	9,4%	65	2	185
neurologische Erkrankung	11	11,5%	401	52	980
Erschöpfung	0				
zur Beobachtung	0				
andere	6	6,3%	111	38	239
Schizophrenie	4	4,2%	167	116	217
Sucht	12	12,5%	142	33	515
Unfallfolgen	0				
Depression	2	2,1%	121	92	149
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1939</b>	<b>110</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Pat.</b>	<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	70	63,6%	121	3	519
Psychopathie	7	6,4%	84	32	191
neurologische Erkrankung	12	10,9%	86	5	247
Erschöpfung	3	2,7%	145	30	301
zur Beobachtung	0				
andere	2	1,8%	74	66	82
Schizophrenie	4	3,6%	136	8	320
Sucht	8	7,3%	168	17	467
Unfallfolgen	0				
Depression	4	3,6%	47	16	82
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1940</b>	<b>104</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>		<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	67	64,4%	79	2	372
Psychopathie	3	2,9%	32	17	53
neurologische Erkrankung	17	16,3%	100	3	222
Erschöpfung	2	1,9%	25	21	28
zur Beobachtung	1	1,0%	16		
andere	3	2,9%	40	7	95
Schizophrenie	2	1,9%	58	43	72
Sucht	6	5,8%	86	45	131
Unfallfolgen	0				
Depression	3	2,9%	66	17	135
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

<b>Aufnahmen 1941</b>	<b>4</b>		<b>Tage</b>		
<b>Diagnose</b>		<b>%</b>	<b>mittlere Liegedauer</b>	<b>min</b>	<b>Max</b>
Neurosyphilis	4	100,0%	17	11	24
Psychopathie	0				
neurologische Erkrankung	0				
Erschöpfung	0				
zur Beobachtung	0				
andere	0				
Schizophrenie	0				
Sucht	0				
Unfallfolgen	0				
Depression	0				
Minderbegabung	0				
Rentenneurose	0				
Kriegsverletzung	0				
keine Angaben	0				

## ANHANG 2

### **Berliner Verwaltungsbezirke der Stadtgemeinde Berlin**

(Gesetz vom 27. April 1920 / Pr. GS. S. 123)

1. Verwaltungsbezirk **Mitte:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 1 - 20, 23 - 24, 120 -148, 152, 182, 196 – 198, 200 – 217, 223 – 224, 226 –236, 255 – 258, 267 – 275, 279 – 282.

2. Verwaltungsbezirk **Tiergarten:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 31 – 49, 283 -292 C, 293 A – 304.

3. Verwaltungsbezirk **Wedding:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 251 -254, 259 – 266, 292 D, 305 – 326 D.

4. Verwaltungsbezirk **Prenzlauer Berg:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 189 D, 189 F, 190 A, 190 D, 190 G, 191 – 194 C, 199, 218 – 222, 225, 237 – 250 E.

5. Verwaltungsbezirk **Friedrichshain:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 149 – 151, 153 – 181 K, 183 – 189 C, 189 E, 190 B, 190 E, 190 F, 195, Berlin-Stralau außer der Abtei.

6. Verwaltungsbezirk **Kreuzberg:**

gebildet aus den Stadtbezirken der Stadt Berlin: 21 -22, 25 – 30, 50 128.

7. Verwaltungsbezirk **Charlottenburg:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Charlottenburg, Heerstraße-Gutsbezirk, südlicher Teil, Plötzensee-Gutsbezirk, Jungfernheide, südlicher Teil.

8. Verwaltungsbezirk **Spandau:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Spandau, Spandau-Zitadelle, Staaken, Ruhleben, Tiefwerder, Pichelsdorf, Pichelswerder, Gatow, Cladow.

9. Verwaltungsbezirk **Wilmersdorf:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Wilmersdorf, Berlin-Schmargendorf, Berlin-Grunewald-Landgem., Berlin-Grunewald-Forst-Gutsbezirk.

10. Verwaltungsbezirk **Zehlendorf:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Zehlendorf (einschl. Schlachtensee und Schönow), Dahlem, Nikolassee, Wannsee, Pfaueninsel und den eingemeindeten Teilen von Klein Glienicke und Potsdamer Forst.

11. Verwaltungsbezirk **Schöneberg:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Schöneberg und Berlin-Friedenau.

12. Verwaltungsbezirk **Steglitz:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin- Steglitz, Berlin-Lichterfelde, Berlin-Lankwitz und dem Ortsteil Südende.

13. Verwaltungsbezirk **Tempelhof:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Tempelhof, Berlin-Mariendorf (außer Südende), Berlin Marienfelde, Lichtenrade, Buckow (Ortsteil westlich der Mariendorf-Lichtenrader Chaussee).

14. Verwaltungsbezirk **Neukölln:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Neukölln, Berlin Britz, Buckow (außer Ortsteil westlich der Mariendorf-Lichtenrader Chaussee) und Rudow.

15. Verwaltungsbezirk **Treptow:**

gebildet aus den ehemaligen Gemeindebezirken: Berlin-Treptow (einschließlich der Abtei), Berlin-Oberschöneweide, Berlin-Niederschöneweide, Berlin-Johannisthal, Adlershof, Alt-Glienicke und Gutsbezirk Wuhlheide.

16. Verwaltungsbezirk **Cöpenick:**

gebildet aus den ehemaligen Gemeinden: Cöpenick, Friedrichshagen, Grünau, Müggelheim, Rahnsdorf, Bohnsdorf und Schmöckwitz.

17. Verwaltungsbezirk **Lichtenberg:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Lichtenberg, Friedrichsfelde-Karlshorst, Biesdorf, Kaulsdorf, Mahlsdorf, Marzahn, Hellersdorf mit Wuhlgarten-Gutsbezirk.

18. Verwaltungsbezirk **Weißensee:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Weißensee, Hohenschönhausen, Malchow, Falkenberg, Wartenberg und den ehemaligen Gutsbezirken Malchow, Falkenberg und Wartenberg.

19. Verwaltungsbezirk **Pankow:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Pankow, Berlin Niederschönhausen (Gemeinde und Gut) mit Kolonie Schönholz, Rosenthal-Gemeinde (außer Ortsteil westlich der Liebenwalder Bahn und Wilhelmsruh), Rosenthal (Gut), Blankenfelde (Gemeinde und Gut), Buchholz, Buch (Gemeinde und Gut), Karow, Blankenburg (Gemeinde und Gut) und Heinersdorf.

20. Verwaltungsbezirk **Reinickendorf:**

gebildet aus den ehemaligen Ortschaften: Berlin-Reinickendorf, Berlin-Rosenthal-Landgemeinde (Ortsteil westlich der Liebenwalder Bahn und Ortsteil Wilhelmsruh), Berlin-Wittenau mit Borsigwalde, Lübars mit Waidmannslust, Hermsdorf bei Berlin, Frohnau, Tegel, Tegel-Forst-Nord mit Schulzendorf, Tegel-Schloss, Heiligensee mit Konradshöhe, Jörsfelde und Tegelort, Jungfernheide (nördlicher Teil bis zum Spandauer Weg und der Teil westlich der Mäckeritz-Wiesen).<sup>352</sup>

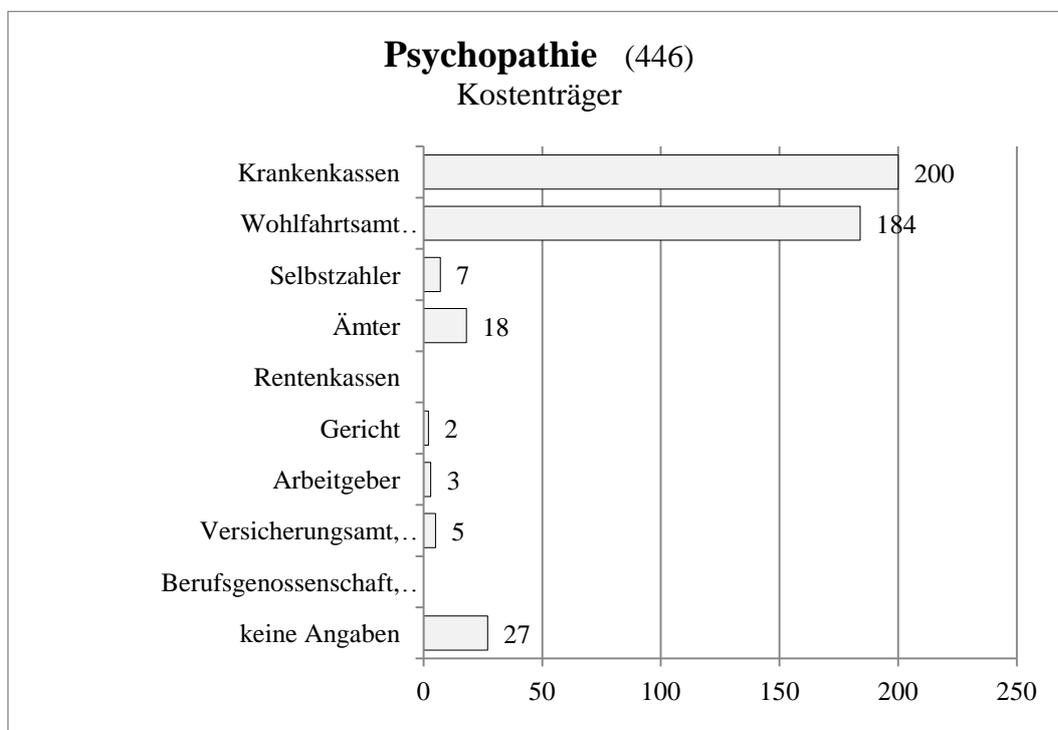
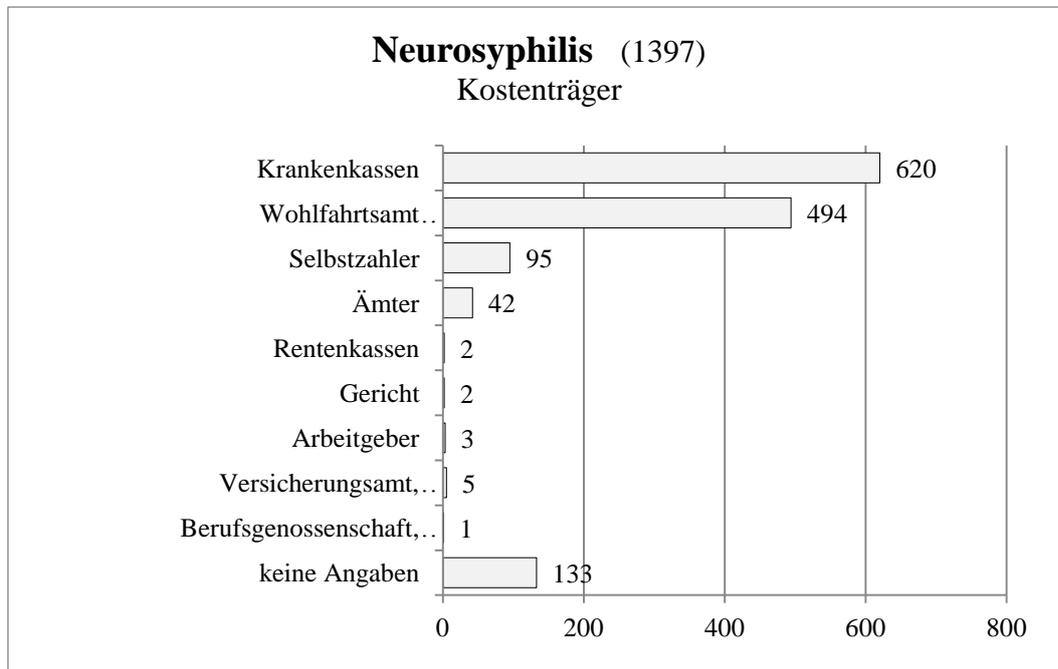
---

<sup>352</sup> Aus: **NACHWEISER FÜR BERLIN** (GROSS BERLIN)

nach Bezirks-, Gerichts-, Post-, Standesamts- und Polizei-Einteilung. Bearbeitet im Büro des Justizministeriums. Ausgegeben im März 1929. BERLIN - R. von DECKER'S VERLAG, G. SCHENCK

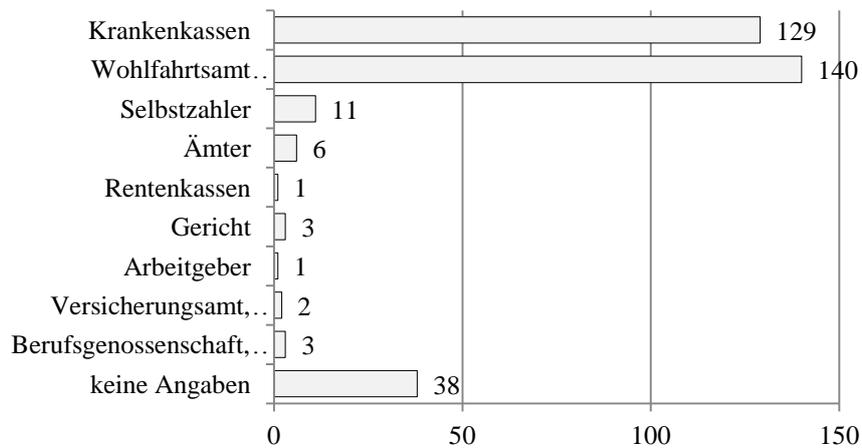
## ANHANG 3

### Kostenträger nach Diagnosen aufgeschlüsselt



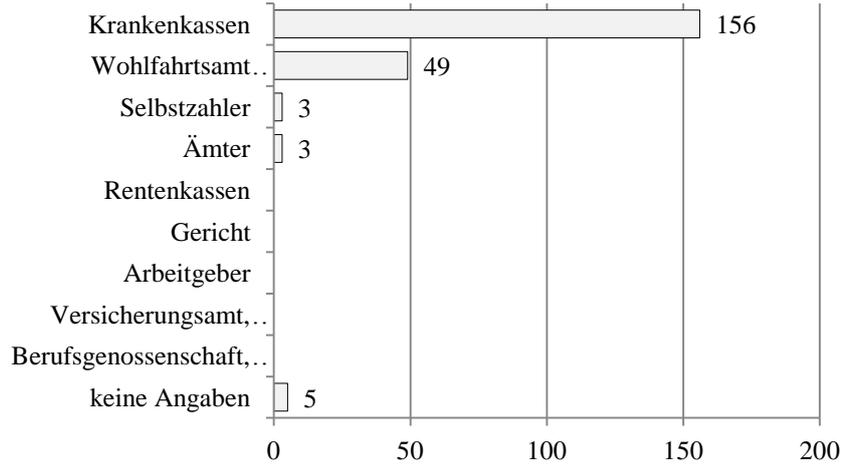
## Neurologische Erkrankungen

(334) Kostenträger



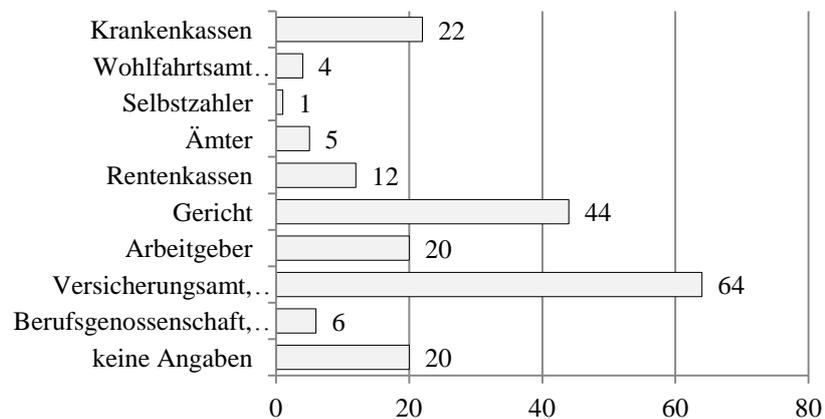
## Erschöpfung (216)

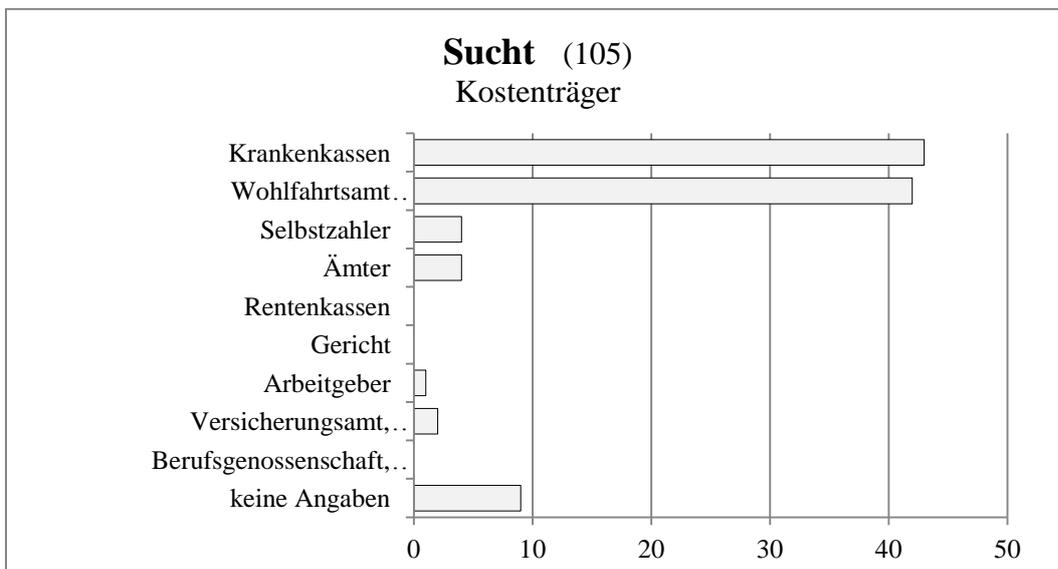
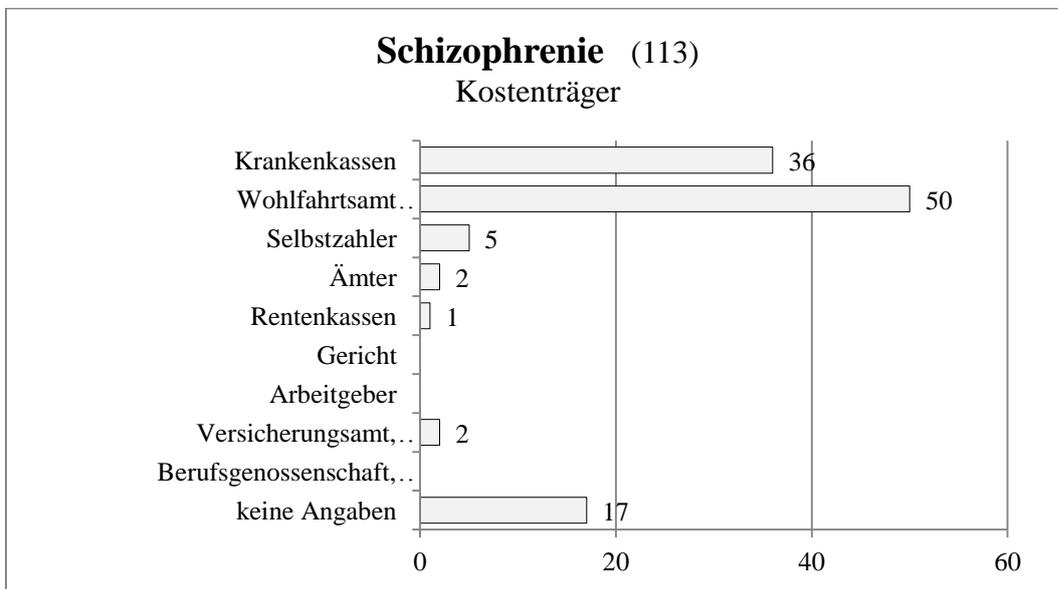
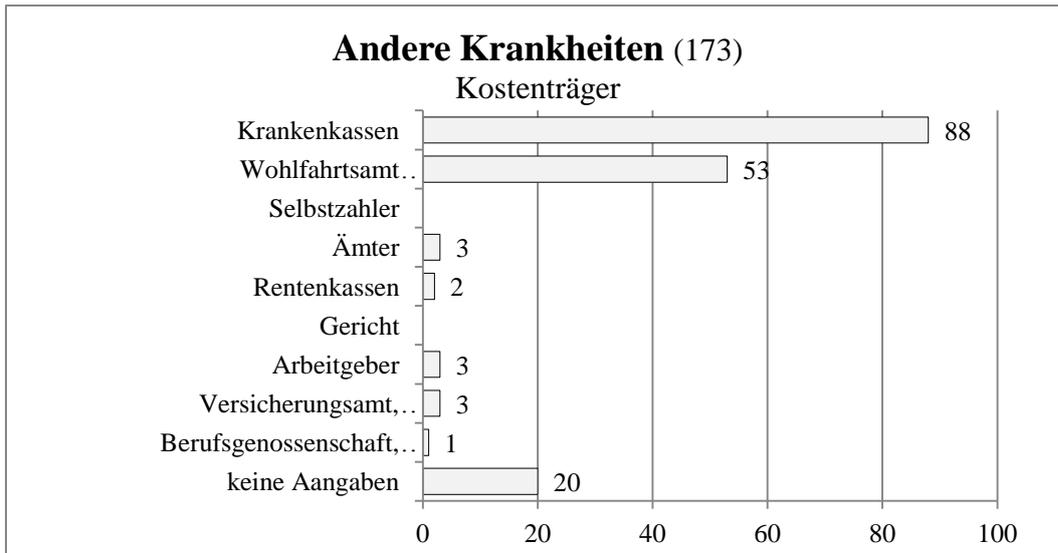
Kostenträger



## Zur Beobachtung (198)

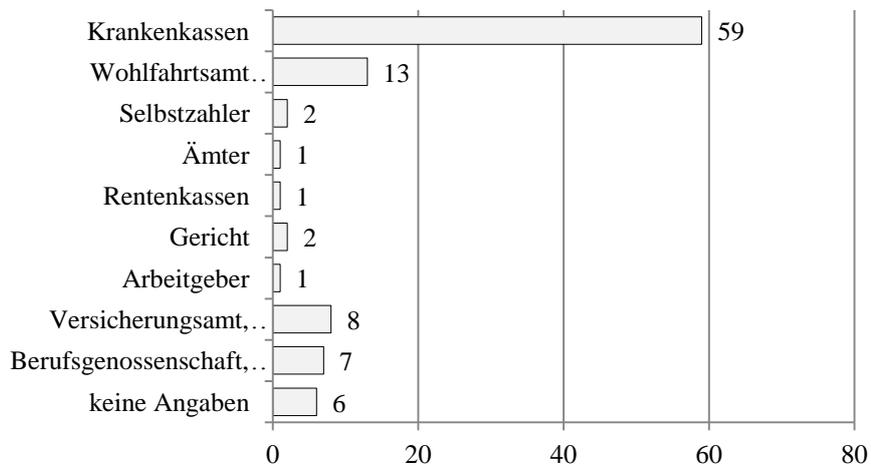
Kostenträger





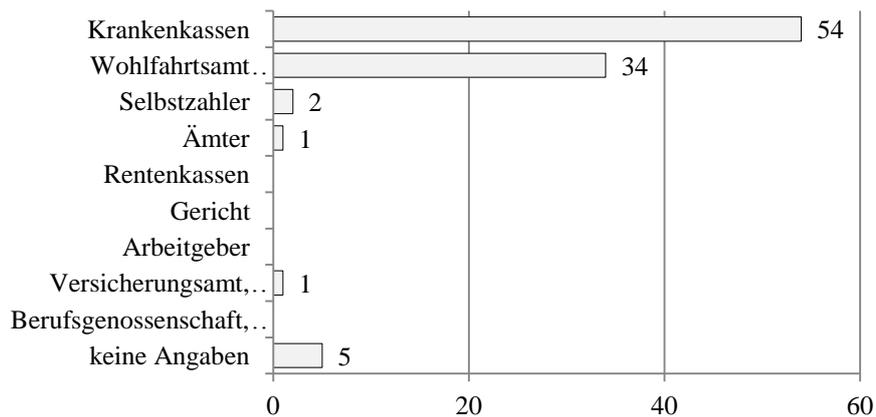
### Unfallfolgen (100)

Kostenträger



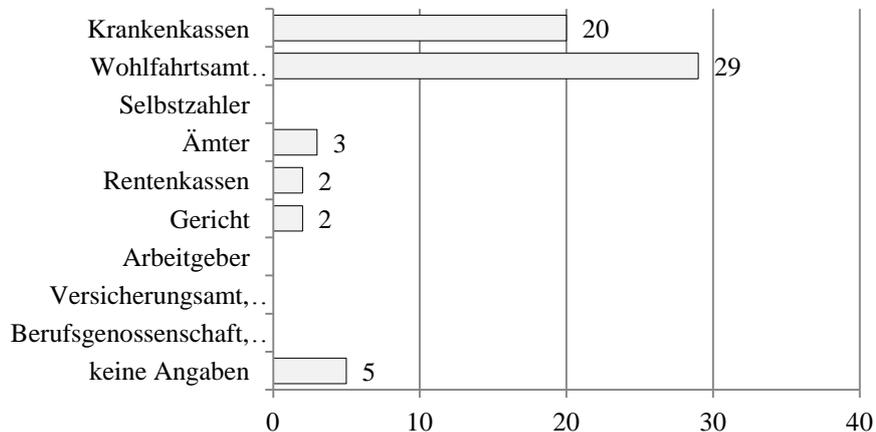
### Depression (97)

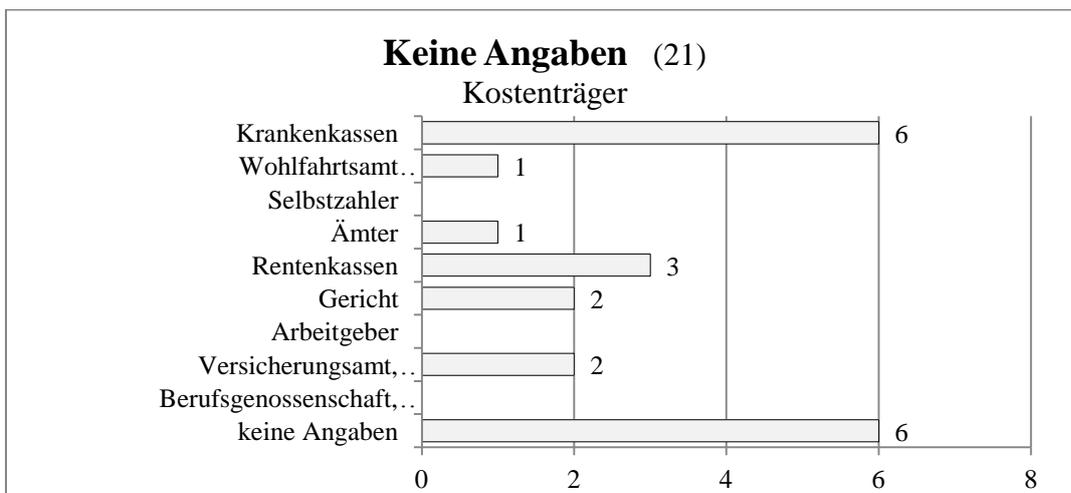
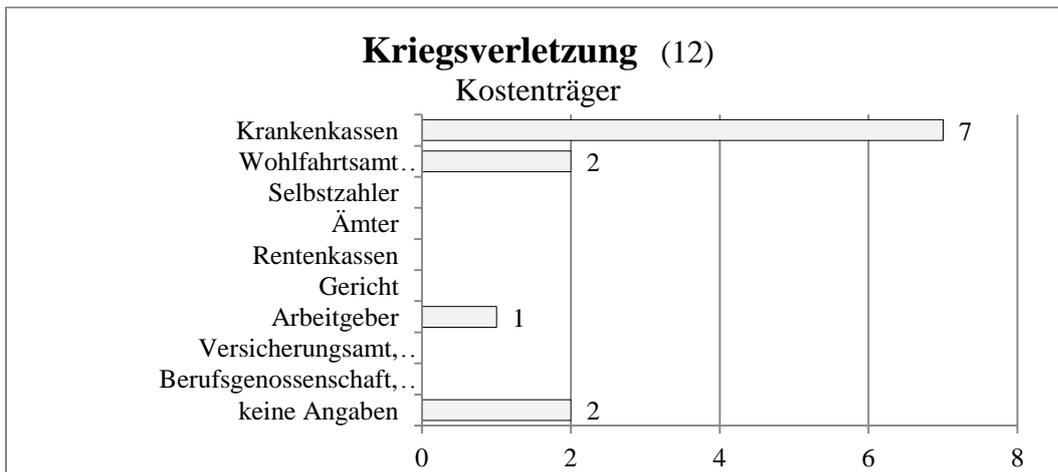
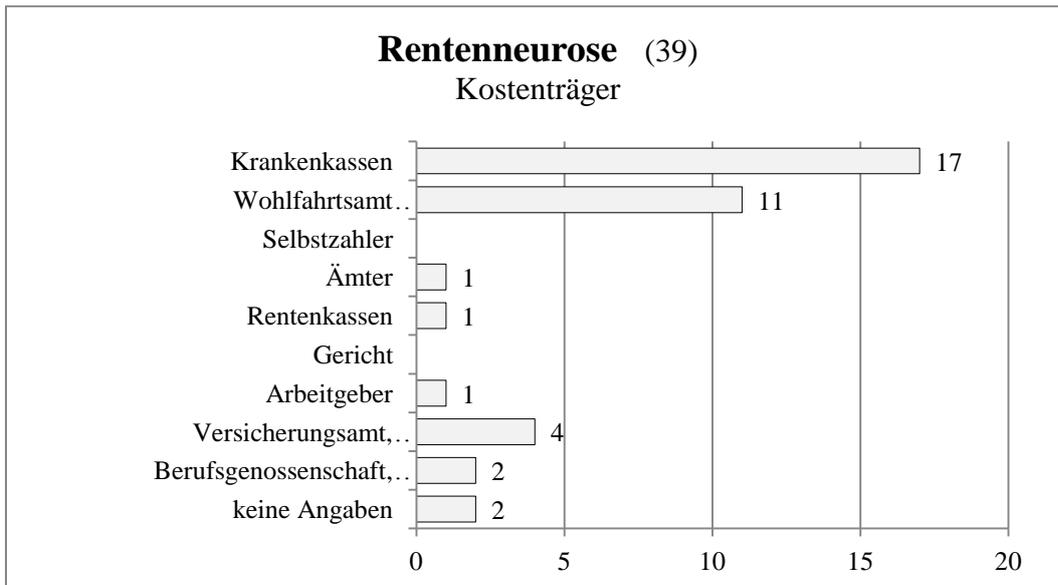
Kostenträger



### Minderbegabung (61)

Kostenträger





## **ANHANG 4**

### **Erwerbstätige nach Wirtschaftszweigen (und Stellung im Beruf)**

Abschrift aus dem statistischen Jahrbuch für Berlin 1929

#### **A Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht, Forstwirtschaft und Fischerei**

##### **Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht**

- Landwirtschaft, Zucht landwirtschaftlicher Nutztiere, Milchwirtschaft
- Gärtnerei und Gartenbau
- Zucht nichtlandwirtschaftlicher Nutztiere (einschl. Bienenzucht)

##### **Forstwirtschaft und Fischerei**

- Forstwirtschaft und Fischerei

#### **B Industrie und Handwerk**

##### **Bergbau, Salinenwesen und Torfgräberei**

- Gewinnung von Steinkohlen, Steinkohlenbriketts und Koks
- Gewinnung von Braunkohlen und Braunkohlenbriketts
- Gewinnung von Erzen
- Salzbergbau
- Salinenwesen
- Gewinnung von Asphalt, Graphit, Erdöl und Bernstein
- Torfgräberei und Torfbereitung

##### **Industrie der Steine und Erden**

- Gewinnung und Bearbeitung von natürlichen Gesteinen (einschl. Nutzmineralien)
- Gewinnung von Kies, Sand, Ton und Koalin
- Kalk-, Gips, Traß- und Zementindustrie
- Betonwaren- und Betonwerksteinindustrie
- Ziegelindustrie und Herstellung sonstiger künstlicher Mauersteine
- Grobkeramische Industrie
- Feinkeramische Industrie
- Glasindustrie

##### **Eisen und Metallgewinnung**

- Groß-eisenindustrie (Hochöfen, Stahl- und Walzwerke, Hammer- und Preßwerke, Eisen- und Stahlgießereien)
- Metallhütten- und Metallabzeugwerke (einschl. Metallgießereien)

##### **Herstellung von Eisen-, Stahl- und Metallwaren**

- Herstellung von Eisen-, Stahl- und Metallwaren (ausschl. Schmiederei, Schlosserei und Klempnerei)
- Schmiederei
- Schlosserei
- Klempnerei, Gas- und Wasserinstallationsgewerbe

### **Maschinen-, Apparate- und Fahrzeugbau**

- Maschinenbau
- Kessel- und Apparatebau
- Eisenbau (Eisenkonstruktion)
- Schiffbau (einschl. Schiffskesselbau)
- Bau von Land- und Luftfahrzeugen (ausschl. Eisenbahnwagen- Holzwagen- und Karosseriebau)
- Eisenbahnwagenbau

### **Elektrotechnische Industrie, Feinmechanik und Optik**

- Elektrotechnische Industrie
- Feinmechanische und optische Industrie

### **Chemische Industrie**

- Chemische Industrie

### **Textilindustrie**

- Seiden- und Kunstseidenindustrie
- Wollindustrie
- Baumwollindustrie
- Bastfaserindustrie
- Teppich- und Möbelstoffindustrie
- Posamentenherstellung, Bandweberei, -wicklerei und -flechtereie, Gummiweberei, -strickerei und -wicklerei
- Wicklerei und Strickerei
- Gardinenherstellung, Spitzen- und Tüllweberei, Häkelei und Stickerei
- Textilveredlung und -ausrüstung
- Herstellung von Seilen, Netzen, Bindfaden und Textilriemen
- Roßhaarverarbeitung
- Filzherstellung
- Lumpenreißanstalten und Herstellung von Putzwolle
- Andere Zweige und Hilfgewerbe der Textilindustrie (Wachstuchindustrie, Papiertextilien, Typha u. dgl.)

### **Papierindustrie und Vervielfältigungsgewerbe**

- Papiererzeugung
- Papierveredlung und Papierverarbeitung (einschl. Tapetenindustrie)
- Schriftgießerei und Messinglinienherstellung
- Hochdruck, Flachdruck, Tiefdruck
- Photographisches Gewerbe (ausschließlich Filmaufnahmen)

### **Leder und Linoleumindustrie**

- Herstellung von Leder
- Herstellung von Ledertreibriemen und technischen Lederartikeln
- Herstellung von Leder- und Sattlerwaren
- Herstellung von Kunstleder, Linoleum und Linkrusta

### **Kautschuk und Asbestindustrie**

- Herstellung von Kautschuk-, Guttapercha- und Balatawaren
- Herstellung von Asbestwaren

### **Holz- und Schnitzstoffgewerbe**

- Säge- und Furnierwerke, Holzimprägnieranstalten
- Herstellung von Holzbauten, Bauteilen und Möbeln (einschl. Modelltischlereien)
- Herstellung von Holzwaren
- Herstellung von Verpackungsmitteln
- Stellmacherei und Holzwagenbau (einschl. Karosseriebau)
- Herstellung von Turn und Sportgeräten (auch Sport- und Ruderbooten)
- Herstellung von Stöcken, Schirmen und Peitschen
- Herstellung von Blei- und Farbstiften und Federhaltern
- Herstellung von Kämmen und Haarschmuck
- Herstellung von Bernstein-, Elfenbein-, Meerscham-, Horn-, Bein- und Perlmutterwaren und Waren aus ähnlichen Stoffen
- Herstellung von Korbwaren und sonstigen Geflechten aus Holz, Stroh, Bast, Rohr, Weiden und Binsen
- Borstenverarbeitung und Herstellung von Bürsten, Besen, Pinseln und Bürstenhölzern
- Korkindustrie

### **Musikinstrumenten- und Spielwarenindustrie**

- Klavier, Harmonium- und Orgelbau, Herstellung von Zubehörteilen
- Herstellung von Streich-, Zupf- und Blasinstrumenten, Harmoniken und sonstigen Musikinstrumenten
- Herstellung von Spielwaren

### **Nahrungs- und Genussmittelgewerbe**

- Mühlenindustrie
- Bäckerei und Konditorei
- Herstellung von Keksen, Zwieback, Waffeln und Lebkuchen (ohne Bäckerei und Konditorei)
- Teigwarenindustrie
- Zuckerindustrie
- Kakao-, Schokoladen-, Zuckerwaren- und Konfitürenindustrie
- Fleischerei und Fleischkonservenindustrie, Schlachthäuser
- Fischindustrie
- Molkerei, Herstellung von Butter, Käse und Milchdauerwaren
- Herstellung von pflanzlichen Ölen und Fetten, Margarine und Kunstspeisefett
- Herstellung von Obst- und Gemüsekonserven, Marmelade und Kunsthonig
- Stärkeindustrie und Herstellung von Ersatzlebensmitteln, Dörrgemüse u. dgl.
- Kaffeerösterei und Herstellung von Kaffee-Ersatz
- Mälzerei und Brauerei, Eisgewinnung
- Herstellung von Wein, Branntwein, Mineralwasser u. dgl.
- Herstellung von Zigarren
- Herstellung von Zigaretten
- Herstellung von Rauch-, Kau- und Schnupftabak

### **Bekleidungsindustrie**

- Schneiderei und Kleiderherstellung
- Näherei und Hilfgewerbe der Kleider und Wäscheherstellung
- Wäscheherstellung (einschl. Schürzenherstellung)
- Kürschnerei und Rauchwarenzurichtung
- Mützenmacherei
- Hutmacherei und Putzmacherei (einschl. Strohhutmacherei)

- Herstellung von künstlichen Blumen und Putzfedern, Perückenmacherei und Menschenhaarverarbeitung
- Herstellung von Korsetten und Binden
- Herstellung von Krawatten, Gürteln und Hosenträgern
- Handschuhmacherei
- Schuhmacherei und Schuhindustrie
- Reinigung und Wiederaufarbeitung von Textilerzeugnissen (einschl. Zurichtung und Reinigung von Bettfedern und Pflanzendaunen)

### **Baugewerbe und Baunebengewerbe**

- Bauingenieur-, Architektur und Vermessungsbureaus
- Hoch-, Eisenbeton- und Tiefbau (einschl. der Baunebengewerbe)
- Schornsteinfegergewerbe und Reinigung von Gebäuden und Wohnungen

### **Wasser-, Gas- und Elektrizitätsgewinnung und -versorgung**

- Wassergewinnung und -versorgung
- Gasgewinnung und -versorgung
- Elektrizitätsgewinnung und -versorgung
- Fernheizwerke

## **C Handel und Verkehr**

### **Handelsgewerbe**

- Waren- und Produktenhandel
- Verlagsgewerbe
- Buch- und Kunsthandel, Leihbibliotheken
- Handel mit Tabak und Tabakwaren
- Immobilienwesen
- Bank- und Börsenwesen
- Vermittlung, Verwaltung und Beratung
- Markt- und Messewesen
- Verleihung und Versteigerung
- Aufbewahrung, Spedition und Bewachung
- Hausier- und Straßenhandel

### **Versicherungswesen**

- Versicherungswesen

### **Verkehrswesen**

- See- und Küstenschiffahrt
- Binnenschiffahrt und Flößerei
- Küsten-, Kanal- und Hafenwesen, Schiffsreinigung
- Post- und Telegraphenwesen
- Reichsbahn
- Eisenbahnwesen (ausschl. Reichsbahn)
- Straßen-, Berg-, Schweb- und Seilbahnen, Hoch- und Untergrundbahnen
- Sonstige Landbeförderung
- Luftverkehr
- Reiseauskunft und -vermittlung

## **Gast- und Schankwirtschaftsgewerbe**

- Gast- und Schankwirtschaftsgewerbe

## **D Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe**

### **Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe**

- Reichs-, Landes-, Bezirks- und Gemeindeverwaltung, Reichspflege (soweit in beamteter Stellung) und Strafvollzug
- Heer und Marine, Heeres- und Marineverwaltung (einschl. Militärlazarette)
- Kirche, Gottesdienst, Mission, Anstalten und Vereine für religiöse Zwecke
- Bildung, Erziehung, Unterricht, Büchereien, wissenschaftliche Institute und Kunstsammlungen
- Rechtsberatung und Interessenvertretung
- Künstler, Privatgelehrte, Schriftsteller
- Theater und Opernhäuser, Musikgewerbe
- Lichtspielwesen
- Rundfunkwesen
- Sportliche Gewerbe, Pferdeverleihung, Schaustellungsgewerbe

## **E Gesundheitswesen und Hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege**

### **Gesundheitswesen und Hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege**

- Krankenanstalten, Heil- und Pflegeanstalten, Siechenheime
- Offene Krankenpflege und Fürsorge gesundheitlicher Art
- Bade- und Schwimmanstalten, Massage
- Barbiergewerbe
- Rettungswesen, Unfallstationen, Erste Hilfe, Krankenbeförderung, Feuerwehr
- Veterinärwesen, Schlachtvieh- und Fleischbeschau, Abdeckerei
- Apotheken
- Desinfektionswesen und Schädlingsbekämpfung
- Straßenreinigung, Kanalisation, Müllabfuhr und Bedürfnisanstalten
- Leichen- und Bestattungswesen
- Wohlfahrtspflege und soziale Fürsorge

## **F Häusliche Dienste und Erwerbstätigkeit ohne feste Stellung oder ohne Angabe der Betriebszugehörigkeit**

### **Häusliche Dienste und Erwerbstätigkeit ohne feste Stellung oder ohne Angabe der Betriebszugehörigkeit**

- Häusliche Dienste (Hausangestellte im Haushalt)
- Häusliche Dienste (soweit nicht Hausangestellte im Haushalt)
- Erwerbstätigkeit ohne Betriebszugehörigkeit oder ohne Angabe der Betriebszugehörigkeit

## **G Ohne Beruf und Berufsangabe**

### **Ohne Beruf und Berufsangabe**

- Von eigenem Vermögen, von Renten und Pensionen Lebende
- Von Unterstützung Lebende, Insassen von Armenhäusern, Versorgungs- und Wohltätigkeitsanstalten
- Insassen von Irren- und Siechenanstalten
- Nicht in ihrer Familie lebende Studierende, Seminaristen und Schüler, Zöglinge in Anstalten für Bildung, Erziehung und Unterricht, Waisenanstalten usw.
- Insassen von Straf- und Besserungsanstalten
- Ohne eigentlichen Beruf und ohne Berufsangabe

### **Zusammenfassung der Wirtschaftszweige**

- A Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht, Forstwirtschaft und Fischerei**
- B Industrie und Handwerk**
- C Handel und Verkehr**
- D Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe**
- E Gesundheitswesen und Hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege**
- F Häusliche Dienste und Erwerbstätigkeit ohne feste Stellung oder ohne Angabe der Betriebszugehörigkeit**
- G Ohne Beruf und Berufsangabe**

## ANHANG 5

### Dokumentierte Berufe der Patienten der Männerklinik Wiesengrund

#### Landwirtschaft, Gärtnerei, Tierzucht, Forstwirtschaft

Forstkassenverwalter (1)	Landwirtschaftshelfer (1)	Parkmeister (1)
Gärtner (19)	Melker (1)	Träckerfahrer (2)
Landarbeiter (1)	Parkarbeiter (3)	Viehhändler (1)
Landwirt (9)	Parkaufseher (3)	Viehtreiber (2)

#### Industrie und Handwerk

Abzieher (1)	Buchdruckerhilfsarbeiter (1)	Fournier und Polier (1)
Administrator (1)	Bügler (6)	Fräser (1)
Anbinder (2)	Bühnenarbeiter (2)	Garagenmeister (1)
Andrucker (1)	Chemigraph (7)	Gasarbeiter (2)
Angestellter (30)	Chemiker (2)	Geometer (1)
Anleger (2)	Dachdecker (8)	Gerber (1)
Anstreicher (8)	Dachdeckerhilfsarbeiter (4)	Glasätzer (1)
Arbeiter (373)	Dachdeckermeister (1)	Glasbläser (3)
Architekt (5)	Damenschneider (4)	Glaser (3)
Armaturenschlosser (1)	Dekorateur (4)	Glasmaler (2)
Autoschlosser (6)	Dekorationsmaler (2)	Glasreiniger (4)
Bäcker (24)	Diplom Ingenieur (1)	Glüher (1)
Bauanschläger (1)	Drechsler (1)	Graphischer Hilfsarbeiter (2)
Bauarbeiter (29)	Dreher (30)	Graveur (1)
Bauführer (1)	Druckereiarbeiter (1)	Grosshobler (1)
Bauhilfsarbeiter (1)	Druckereihilfsarbeiter (1)	Gummiarbeiter (1)
Bauschlosser (1)	Eicher (2)	Gürtler (6)
Bautechniker (3)	Eindreher (1)	Gussputzer (4)
Bauunternehmer (1)	Einrichter (5)	Hallenmeister (1)
Behauer (1)	Elektriker (1)	Heizer (9)
Betriebsangestellter (3)	Elektroinstallateur (1)	Heizungshelfer (1)
Betriebsarbeiter (3)	Elektromonteur (17)	Hilfsarbeiter (15)
Betriebsassistent (4)	Elektroschweißer (1)	Hilfsbetriebsassistent (2)
Betriebsleiter (3)	Elektrotechniker (7)	Hilfsbrenner (1)
Bierbrauer (1)	Emaillierer (1)	Hilfseichmeister (1)
Bierfahrer (2)	Fabrikant (3)	Hilfsmechaniker (1)
Bildhauer (4)	Fabrikarbeiter (7)	Hilfsmonteur (3)
Bleilöter (1)	Feilenhauer (1)	Hilfswerkführer (1)
Bohrer (6)	Feinmechaniker (3)	Hobler (1)
Bootsbauer (1)	Fensterputzer (6)	Holzarbeiter (1)
Böttcher (3)	Fleischer (16)	Holzbildhauer (1)
Brauer (4)	Fleischermeister (1)	Hutmacher (5)
Brunnenbauer (1)	Fliesenleger (1)	Ingenieur (27)
Buchbinder (6)	Flugzeugbauschlosser (1)	Installateur (3)
Buchdrucker (39)	Former (6)	Isolierer (1)
Buchdruckereiarbeiter (1)	Fototechniker (2)	Kabelarbeiter (1)

Kabelfahrer (1)	Metalldreher (1)	Schuhmachermeister (1)
Kabelleger (1)	Metalldrücker (1)	Schwachstrom-Monteur (1)
Kartonzuschneider (1)	Metallschleifer (2)	Schweißer (4)
Kernmacher (2)	Möbelarbeiter (1)	Seiler (1)
Kesselschmied (2)	Möbelpolierer (6)	Silberschmied (1)
Kistenmacher (1)	Möbeltischler (2)	Spanner (1)
Klavierarbeiter (1)	Modelleur (1)	Stanzer (2)
Klempner (8)	Modelltischler (2)	Starkarbeiter (1)
Klempnermeister (1)	Monteur (34)	Steinarbeiter (1)
Koch (4)	Monteurgehilfe (1)	Steinbildhauer (3)
Konditor (10)	Motorschlosser (3)	Steindrucker (2)
Konfektionsschneider (1)	Müller (3)	Steinmetz (1)
Konstrukteur (1)	Musterkrempler (2)	Steinsetzer (3)
Kontrollassistent (3)	Mützenmacher (1)	Steinträger (5)
Kontrolleur (2)	Nadler (1)	Stellmacher (10)
Korbmacher (1)	Oberkorrektor (1)	Stellmachermeister (1)
Korrektor (6)	Obermaschinenmeister (1)	Stempelschneider (1)
Kranführer (8)	Obermeister (3)	Stricker (1)
Küchenmeister (1)	Ofensetzer (1)	Stuckarbeiter (1)
Küfer (1)	Optiker (2)	Stuckateur (1)
Kunstformer (1)	Orthopädie-Mechaniker (1)	Tapezierer (6)
Kupferputzer (1)	Packer (12)	Techniker (9)
Kupferschmied (4)	Pantinenmacher (1)	Tiefarbeiter (1)
Kürschner (2)	Pantoffelmacher (1)	Tiefbauarbeiter (2)
Laborant (7)	Polier (2)	Tiefdrucker (1)
Lackierer (5)	Polsterer (3)	Tischler (43)
Lademeister (1)	Porzellandreher (1)	Tischlermeister (2)
Lagerarbeiter (10)	Putzer (3)	Töpfer (1)
Lagerist (5)	Revidierer beim Gaswerk (1)	Transportarbeiter (4)
Lagerverwalter (5)	Rohrleger (16)	Trommelbauer (1)
Lederarbeiter (1)	Rohrlegerhelfer (2)	Uhrmacher (3)
Lithograph (1)	Rohrlegermeister (1)	Uhrmacher u. Goldschmied (1)
Maler (43)	Rotationsarbeiter (2)	Uhrmacher/Lagerverwalter (1)
Mälzer (1)	Rotationshilfsarbeiter (2)	Verzinker (1)
Marmorschleifer (1)	Rotationsmaschinenarb. (5)	Vorarbeiter (1)
Maschinenarbeiter (15)	Rundschleifer (4)	Vorschlosser (1)
Maschinenbauer (7)	Sattler (8)	Walzer (2)
Maschinenbucher (1)	Schaltist (1)	Werker (2)
Maschinenformer (1)	Schildermaler (2)	Werkführer (1)
Maschineningenieur (1)	Schlächter (13)	Werkhelfer (5)
Maschinenmeister (9)	Schlächtermeister (6)	Werkmeister (16)
Maschinenschlosser (18)	Schleifer (5)	Werkstadtschreiber (1)
Maschinensetzer (5)	Schlosser (148)	Werkstattleiter (1)
Maschinenzeichner (1)	Schlossermeister (1)	Werkzeugdreher (4)
Maschinist (10)	Schmied (21)	Werkzeughobler (2)
Materialausgeber (1)	Schneider (40)	Werkzeugmacher (24)
Materialbezieher (3)	Schneidermeister (15)	Wetzer (1)
Maurer (32)	Schornsteinfeger (1)	Wickler (3)
Maurerpolier (3)	Schornsteinfegermeister (1)	Wiegemeister (2)
Mechaniker (47)	Schriftsetzer (32)	Zahntechniker (1)
Metallarbeiter (9)	Schuhmacher (9)	Zeichner (4)

Zementierer (1)  
Zigarettenmaschinenführer (1)  
Zimmerer (3)

Zimmermann (9)  
Zimmermeister (3)  
Zuschneider (14)

Zwischenmeister (3)

## Handel und Verkehr

Arbeiter b. d. Eisenbahn (1)  
Bahnarbeiter (9)  
Bahnwärter (1)  
Bankangestellter (3)  
Bankbeamter (17)  
Bankier (1)  
Barchef (2)  
Betriebsarbeiter bei der  
Bahn (2)  
Betriebskaufmann (1)  
Blumenbinder (1)  
Bodenarbeiter (1)  
Bote (6)  
Bücherrevisor (4)  
Buchhalter (18)  
Buchhändler (1)  
Büroangestellter (8)  
Bürobote (3)  
Bürodiener (2)  
Bürogehilfe (4)  
Bürosekretär (1)  
Bürovorsteher (2)  
Chauffeur (40)  
Cigarrenverkäufer (1)  
Diplomkaufmann (1)  
Direktor (1)  
Dr.; Kaufmann (2)  
Drogerist (1)  
Drogist (1)  
Droschkenbesitzer (5)  
Eisenbahnarbeiter (12)  
Eisenbahnbeamter (1)  
Eisenbahnchauffeur (1)  
Eisenbahner (10)  
Eisenbahnrangierer (1)  
Eisenbahnschaffner (2)  
Eisenbahnsekretär (3)  
Eisenbahnwärter (1)  
Eisenbahnwerkhelfer (1)  
Expedient (6)  
Fahrkartenausgeber (2)  
Fahrradwärter (1)  
Fahrstuhlführer (2)  
Gastwirt (9)

Gastwirtsgehilfe (1)  
Gelderheber (2)  
Geldzähler bei der  
Reichsbank (1)  
Geschäftsdienner (1)  
Geschäftsführer (7)  
Geschäftsinhaber (1)  
Gespannführer (1)  
Güterbahnarbeiter (1)  
Güterbodenarbeiter (5)  
Handelshilfsarbeiter (1)  
Handelsmann (2)  
Handelsvertreter (3)  
Händler (22)  
Handlungsgehilfe (9)  
Hausverwalter (1)  
Hilfsangestellter (1)  
Hilfsavisor (1)  
Hilfsbahnsteigschaffner (1)  
Hilfsrevisor (2)  
Hochbahnarbeiter (1)  
Hotelbeamter (1)  
Hoteldiener (1)  
Kalkulator (2)  
Kanalarbeiter (1)  
Kanalbetriebsarbeiter (1)  
Kapitän (1)  
Kassenbote (4)  
Kassenrendant (1)  
Kassierer (4)  
Kaufmann (258)  
Kaufmann/Chauffeur (1)  
Kaufmännischer  
Angestellter (23)  
Kellner (70)  
Kolonialwarenhändler (1)  
Kontorist (1)  
Kraftfahrer (5)  
Kraftwagenfahrer (1)  
Kraftwagenführer (10)  
Krankenkassen-  
angestellter (2)  
Kutscher (40)  
Lastwagenführer (1)

Laternenwächter (1)  
Lokomotivführer (2)  
Lokomotivheizer (2)  
Markthallenarbeiter (2)  
Matrose (1)  
Milchhändler (1)  
Milchpächter (1)  
Milchverteiler (1)  
Mitfahrer (8)  
Mixer (2)  
Möbeltransporteur (1)  
Möbelvertreter (1)  
Musikalienhändlergehilfe (1)  
Nachtpförtner (2)  
Nachtwächter (2)  
Oberinspektor  
Versicherung (1)  
Oberkellner (3)  
Oberpostinspektor (1)  
Oberpostrat (1)  
Oberpostschaffner (1)  
Oberpostsekretär (1)  
Oberrevisor (7)  
Obersekretär (1)  
Ober-Telegraph-Sekretär (1)  
Parker (3)  
Personen-  
Kraftwagenführer (1)  
Pfortner (4)  
Postassistent (1)  
Postaushelfer (2)  
Postbeamter (2)  
Postbote (1)  
Posthelfer (10)  
Postschaffner (20)  
Postsekretär (1)  
Rangieraufseher (1)  
Rangierer (2)  
Rechnungsführer (1)  
Registrator (2)  
Reichsbahnarbeiter (1)  
Reichsbahnassistent (2)  
Reichsbahnobersekretär (1)  
Reichsbahnrat (1)

Reichsbankrat (1)	Straßenbahnfahrer (5)	Vermittler (1)
Reichseisenbahnschaffner (1)	Straßenbahnschaffner (5)	Versicherungsangestellter (2)
Reisender (13)	Straßenbahnschaffner, jetzt Portier (1)	Vertreter (20)
Reisevertreter (1)	Streckenarbeiter (1)	Wachmann (2)
Revisor (16)	Streckenarbeiter bei der Eisenbahn (1)	Wächter (4)
Schaffner (11)	Syndikus (1)	Wagenputzer (2)
Schiffer (4)	Tankwart (1)	Wagenwäscher (2)
Schiffsführer (3)	Technischer Kaufmann (2)	Weichenwärter (2)
Seemann (2)	Telegraphenarbeiter (4)	Wirtschaftsgehilfe (3)
Sekretär (2)	Telegraphenassistent (1)	Zapfer (1)
Sekretär der Reichsbahn (1)	Telegraphenbauhandwerker (1)	Zeitungsexpedient (1)
Spediteur (1)	Telegraphenbediensteter (1)	Zeitungsfahrer (1)
Stereotypeur (4)	Terminer (1)	Zeitungshändler (2)
Steward (2)	U-Bahnfahrer (1)	Zementwarenfabrikant (1)
Straßenarbeiter (1)	Verkäufer (3)	Zugbegleiter (2)
Straßenbahnchauffeur (1)	Verkehrsangestellter (1)	Zugführer (2)
Straßenbahner (3)		Zugschaffner (1)

### Verwaltung, Heerwesen, Kirche, freie Berufe

Abnahmebeamter (1)	Kabarettist (1)	Polizeibeamter (1)
Amtsgehilfe (2)	Kantorist (1)	Polizeibetriebsassistent (1)
Artist (9)	Kapellmeister (1)	Polizeihauptwachtmeister (4)
Aufseher (2)	Katastertechniker (1)	Polizei-Meister (1)
Beamter bei der jüdischen Gemeinde (1)	Kinovorführer (1)	Polizeiwachtmeister (5)
Bezirkszollkommissar (1)	Komiker (1)	Privatbeamter (1)
Buchprüfer (1)	Komponist (1)	Privatlehrer (1)
Bürobeamter (2)	Korrespondent (1)	Privatsekretär (1)
Dr. (6)	Kriminalassistent (1)	Propagandachef (1)
Dr. ing. (1)	Kriminalbeamter (1)	Rechtsanwalt (2)
Dr. jur. (1)	Kriminalsekretär (2)	Rechtsanwalt und Notar (2)
Dr. phil. (5)	Kunstgewerbler (1)	Redakteur (6)
Feldjäger (1)	Künstler (1)	Regierungsbaumeister (1)
Filmoperateur (1)	Kunstmaler (7)	Regierungs-Inspektor (1)
Fotograf (3)	Lehrer (4)	Regierungsrat (2)
Funker (1)	Magistratsarbeiter (1)	Regisseur (1)
Grabenwärter (2)	Magistratsbeamter (1)	Rittmeister (2)
Handelslehrer (1)	Magistratsrat (1)	Sänger (1)
Hauptwachtmeister (1)	Major (1)	Schachtmeister (1)
Hilfsamtsgehilfe (1)	Musiker (15)	Schauspieler (7)
Jockey (1)	Obergeldzähler bei der Reichsbank (1)	Schaustellergehilfe (1)
Jurist (1)	Obergerichtsvollzieher (2)	Schriftsteller (4)
Justizangestellter (1)	Oberleutnant (1)	Schuldiener (4)
Justizbüroassistent (2)	Oberspielleiter (2)	Seemann/SS-Mann (1)
Justizinspekteur (1)	Oberzollsekretär (1)	(Leibstandarte A. Hitler)
Justizinspektor (1)	Organist (2)	Sportlehrer (3)
Justizsekretär (3)	Ortsgruppenleiter (1)	Stadtamtman (2)

Stadtassistent (9)  
Stadtingenieur (1)  
Stadtinspektor (4)  
Städtischer Arbeiter (1)  
Stadtoberssekretär (2)  
Stadtsekretär (5)  
Steuerassistent (1)  
Steuerinspektor (1)  
Steuersekretär (2)  
Steuersekretär im  
Probendienst (1)

Strafanstaltsüber-  
wachtmeister (1)  
Studienrat (2)  
Tänzer (1)  
Theatersekretär (1)  
Tonkünstler (1)  
Überwachungsbeamter (2)  
Varietédirektor (1)  
Versicherungsbeamter (3)  
Versicherungsrat (2)  
Verwaltungsangestellter (1)

Verwaltungsassistent (1)  
Verwaltungsinspektor (1)  
Verwaltungssekretär (4)  
Volksschullehrer (1)  
Vorführer (1)  
Vortragskünstler (1)  
wissenschaftlicher  
Hilfslehrer (1)  
Zollassistent (2)

### **Gesundheitswesen, hygienische Gewerbe, Wohlfahrtspflege**

Apotheker (2)  
Arzt (1)  
Bademeister (1)  
Dentist (6)  
Feuerwehrmann (4)  
Friedhofsarbeiter (1)  
Friseur (28)  
Friseurgeschäftsinhaber (1)

Fürsorger (1)  
Heilgehilfe (1)  
Kanalisationsarbeiter (1)  
Kontrollleur bei der  
Müllabfuhr (2)  
Krankenpfleger (10)  
Müllschaffner (1)  
Oberfeuerwehrmann (3)

Pfleger (1)  
Stadtvormund (1)  
Straßenfeger (2)  
Straßenmeister (1)  
Straßenreiniger (9)  
Wohlfahrtspfleger (1)

### **Häusliche Dienste**

Diener (3)  
Hausdiener (10)

Hausmeister (1)  
Hauswart (1)

### **Rentner, Pensionäre, ohne Beruf, Studenten/Lehrlinge/Schüler**

Beamter a.D. (1)  
Candidat der Chemie (1)  
Dreherlehrling (1)  
Eigentümer (1)  
Eisenbahninspektor a.D. (1)  
Formerlehrling (1)  
Invalide (38)  
Invaliditätsrentner (1)  
Kaufmännischer  
Lehrling (2)  
Kaufmannslehrling (2)  
Kleinrentner (1)  
Kriminalassistent a.D. (1)

Lehrer i.R. (2)  
Lehrling (7)  
Oberpostrat i.R. (1)  
Oberwachtmeister a.D. (1)  
Pensionär (21)  
Pflugeschüler (1)  
Polizeiwach-  
meister a.D. (2)  
Postschaffner a.D. (1)  
Regierungsrat a.D. (1)  
Rentenempfänger (5)  
Rentner (70)  
Schlosserlehrling (1)

Schüler (1)  
Sozialrentner (3)  
Spediteurlehrling (1)  
Stadtinspektor a.D. (2)  
Stud. Arch. (1)  
Stud. Phil. (1)  
Student (7)  
Technikerlehrling (1)  
keine Angaben (21)  
kein Beruf (2)  
nicht lesbar (2)  
ohne Beruf (3)

## ANHANG 6

### Andere Therapien der Neurosyphilis

Patienten	davon	Bismogenol	Zusatztherapien / Akteneinträge
1		2 x 1,0	Theapieabbruch
1		7 x 1,0 + 2 x 1,5	12 x Pyrifereinjektionen, hat sich letzte Spritze Bismogenol ambulant geben lassen
1		8 x 1,0	
1		9 x 1,0	
1		11 x 1,0	
15	12	12 x 1,0	
	1	12 x 1,0	Neo-Salvarsankur 12 x 0,45 Gymnastik, Massage, Luftsprudelbäder
	1	12 x 1,0	Neo-Salvarsan-Therapie mit 0,45 Salvarsan über 12 Gaben, danach 12 x 1,0 Bismogenol
	1	12 x 1,0	Medikamentenbäder
1		15 x 1,0	

Patienten	davon	Therapie / Akteneinträge
		<b>Pyrififer</b>
6	1	Pyrififer
	1	Pyrififertherapie - Patient wurde nach 39 Tagen verlegt
	1	Pyrififer-Kur, da Malariabehandlung nicht erfolgreich war! 10 Gaben Pyrififer
	1	Pyrififer-Kur 10 Gaben
	1	Pyrififer 6 Gaben in steigender Dosierung
	1	Pyrififer-Behandlung
		<b>Neurosmon</b>
2	1	Neurosmon 2 x /d a 3 Tg., 3 x /d über 4 Tage, alle 4 Tg. um 1 erhöht, zuletzt 3 x 2/d
	1	Neurosmon 51 Tg. 3 x /d, 20 Tg. 1 x /d
		<b>Mirion</b>
4	1	Mirion 0,5 2%; 13 x
	1	Mirion jeden 3. Tag 2,0 + 1,5 + 1,0
	1	Mirion
	1	Mirion 1,5; 7 x
		<b>Atropinkur</b>
1		Atropinkur
		<b>Schmierkur</b>
6	3	Schmierkur
	1	Schmierkur - immer wieder Schwindel, starkes Nasenbluten, nach Hause entlassen
	1	Schmierkur - musste abgebrochen werden wegen Gingivitis; bekommt Jodkali
	1	Schmierkur - muss wegen loser Zähne unterbrochen werden
		<b>Bäder, Physiotherapie, Ruhe und andere Verordnungen</b>
1		Solebäder, Höhnsonne, Diathermie, Galvanisierung
1		Ruhe und Bäder
1		Gymnastik, Massage, Luftsprudelbäder
1		Medikamentenbäder, Luftsprudelbad, Duschen, Massagen
1		Ruhe und Medikamentenbäder
1		Ruhe, Medikamentenbäder
1		Ruhe, Luftsprudelbad, Galvanisation
1		starker Kaffee
1		strenge Diätkost

## ANHANG 7

### Inkubationszeit nach Impfung mit Malariablut oder Recurrensblut

Tage	Pat.	davon	Injektionsmenge	Injektionsart					Impfung
				i.v.	i.m.	s.c	i.c.	k.a.	
1	1	1	2 ccm		1				
2	7	2	1 ccm	2					
		1	1,5 ccm					1	
		3	2 ccm	2				1	
		1	2,5 ccm			1			
3	6	2	1 ccm	2					
		3	2 ccm	2	1				
		1	2,5 ccm			1			
4	9	1	1 ccm				1		
		7	2 ccm	6		1			
		1	3 ccm	1					
5	17	4	1 ccm	4					
		9	2 ccm	7			1	1	
		2	2,5 ccm	2					
		1	3 ccm					1	
		1	Recurrensblut		1				
6	18	4	1 ccm	3	1				
		1	1,5 ccm	1					
		11	2 ccm	9			1	1	
		1	3 ccm					1	
		1	Recurrensblut					1	
7	22	2	1 ccm				2		
		15	2 ccm	7	5	1	1	1	
		5	3 ccm		3	1		1	
8	19	2	1 ccm	2					
		11	2 ccm	2	4	2		2	1
		1	2,5 ccm		1				
		4	3 ccm			3		1	
		1	3 ccm + Recurrensblut					1.Inj. 2.Inj.	
9	21	2	1 ccm	2					
		11	2 ccm	4	2	2		3	
		2	2,5 ccm			1		1	
		3	3 ccm	1		1		1	
		1	3,5 ccm		1				
		1	5 ccm			1			
		1	keine Angaben					1	
10	22	3	1 ccm				3		
		15	2 ccm	5	1	5	1	3	
		2	2,5 ccm			2			
		2	3 ccm		1			1	

Tage	Patienten	davon	Injektionsmenge	Injektionsart					
				i.v.	i.m.	s.c	i.c.	k.a.	Impfung
11	10	2	1 ccm				2		
		4	2 ccm			1		3	
		4	3 ccm		3			1	
12	7	2	1 ccm	1			1		
		3	2 ccm	1		1			1
		1	2 ccm + 2 ccm	1.Inj.					2.Inj.
		1	3 ccm			1			
13	4	2	2 ccm			1		1	
		1	2 ccm + 2 ccm	2.Inj.			1.Inj.		
		1	3 ccm + 2 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
14	9	8	2 ccm	1	2	2		3	
		1	2,5 ccm					1	
15	3	3	2 ccm		2		1		
16	6	4	2 ccm	1	1	2			
		1	3 ccm			1			
		1	3 ccm + 3 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
17	2	1	1 ccm				1		
		1	2 ccm		1				
18	2	1	2 ccm + 2 ccm					1.Inj. 2.Inj.	
		1	3 ccm			1			
19	3	2	2 ccm					2	
		1	2 ccm + 2 ccm	1.Inj.				2.Inj.	
22	1	1	3 ccm + 2 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
26	2	1	1 ccm + 1 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
		1	2 ccm	1					
4 + 8	1	1	1 ccm + 1 ccm	1.Inj.	2.Inj.				
12 + 3	1	1	2,5 ccm + 2,5 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
18 + 19	1	1	3 ccm + 2 ccm					1.Inj. 2.inj.	
20 + 4	1	1	2 ccm + 2 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
37 + 13	1	1	2 ccm + 2 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
5 + 25	1	1	2 ccm + 2 ccm QUARTANA	1.Inj.				2.Inj.	
7 + 31	1	1	2 ccm + 3 ccm		1.Inj.			2.Inj.	
46	1	1	1 ccm + 2 ccm + 2 ccm QUARTANA + Recurrensblut	1.Inj.	2.Inj.			3.Inj. 4.Inj.	
mehr als 20	1	1	2 ccm					1	
keine Angaben	10	5	2 ccm	5					
		1	k.a.					1	
		2	1 ccm Recurrensblut		2				
		1	2 ccm Recurrensblut					1	
		1	Recurrensblut					1	

## ANHANG 8

### Anzahl der Fieberschübe nach Impfung mit Malariablut oder Recurrensblut

Fieber- schübe	Patienten		Injektionsmenge	Injektionsart					
		davon		i.v.	i.m.	s.c.	i.c.	k.a.	Impfung
0	1	1	2 ccm					1	
1	1	1	2 ccm	1					
2	1	1	2 ccm	1					
3	1	1	2,5 ccm	1					
4	1	1	2 ccm			1			
6	5	3	2 ccm	2		1			
		1	3 ccm		1				
		1	3 ccm + Recurrensblut					1.Inj. 2.Inj.	
7	10	3	1 ccm	1		1	2		
		1	1 ccm + 1 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
		4	2 ccm	2		2			
		2	3 ccm		1	1			
8	10	1	1 ccm				1		
		1	1,5 ccm					1	
		5	2 ccm	4			1		
		1	2 ccm + 2 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
		1	2,5 ccm					1	
		1	3 ccm + 2 ccm			1.Inj.		2.Inj.	
9	18	12	2 ccm	4	1	2	1	4	
		3	2,5 ccm	1	1	1			
		2	3 ccm		2				
		1	2 ccm + 2 ccm					1.Inj. 2.Inj.	
10	79	7	1 ccm	4	1		2		
		1	1,5 ccm	1					
		48	2 ccm	15	13	8		12	
		1	2 ccm + 2 ccm					1.Inj. 2.Inj.	
		1	2 ccm + 2 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
		1	2 ccm + 2 ccm	2.Inj.			1.Inj.		
		1	2 ccm + 2 ccm	1.Inj.				2.Inj.	
		4	2,5 ccm			3		1	
		11	3 ccm		2	4		5	
		1	3 ccm + 2 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
		1	3 ccm + 3 ccm	2.Inj.		1.Inj.			
		1	5 ccm			1			
1	k.a.					1			

Fieber- schübe	Patienten		Injektionsmenge	Injektionsart						
		davon		i.v.	i.m.	s.c.	i.c.	k.a.	Impfung	
<b>11</b>	<b>45</b>	9	1 ccm	4			5			
		27	2 ccm	14	5	2	1	4	2	
		1	2 ccm + 2 ccm	1.Inj.					2.Inj.	
		1	2,5 ccm			1				
		1	2,5 ccm + 2,5 ccm	2.Inj.		1.Inj.				
		4	3 ccm	2	1				1	
		1	3,5 ccm		1					
		1	1 ccm + 2 ccm + 2 ccm QUARTANA + Recurrensblut	2.Inj.				1.Inj.		3.Inj. 4.Inj.
<b>12</b>	<b>20</b>	5	1 ccm	5						
		11	2 ccm	7		1	1	2		
		4	3 ccm			3		1		
<b>13</b>	<b>2</b>	2	1 ccm	2						
<b>14</b>	<b>1</b>	1	2 ccm		1					
<b>3 + 8</b>	<b>1</b>	1	1 ccm + 1 ccm	1.Inj.	2.Inj.					
<b>3 + 12</b>	<b>1</b>	1	2 ccm + 2 ccm Quartana	1.Inj.				2.Inj.		
<b>4</b>	<b>1</b>	1	Recurrensblut					1		
<b>5 + 6 (= 11)</b>	<b>1</b>	1	2 ccm	1						
<b>5 + 12</b>	<b>1</b>	1	2 ccm + 3 ccm		1.Inj.			2.Inj.		
<b>diverse</b>	<b>1</b>	1	Recurrensblut		1					
<b>keine Angaben</b>	<b>9</b>	4	2 ccm	3		1				
		2	1 ccm Recurrensblut		2					
		1	2 ccm Recurrensblut					1		
		1	Recurrensblut					1		
		1	keine Angaben					1		

## ANHANG 9

### Inkubationszeiten und Anzahl der Fieberschübe nach Injektionsart

Es wurden nur einmalige Injektionen (187) ausgewählt.

Inkubationszeit / Tage	Pat.	Injektion	Fieberschübe																	
			davon	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	k.a.	
1	1		i.v.																	
		1	i.m.										1							
			s.c.																	
			i.c.																	
			k.a.																	
2	7	4	i.v.									1	2				1			
			i.m.																	
		1	s.c.										1							
			i.c.																	
		2	k.a.									1	1							
3	6	4	i.v.											4						
		1	i.m.									1								
		1	s.c.									1								
			i.c.																	
			k.a.																	
4	9	7	i.v.									1	3	3						
			i.m.																	
		1	s.c.																1	
		1	i.c.										1							
			k.a.																	
5	16	13	i.v.			1						1	4	4	3					
			i.m.																	
			s.c.																	
		1	i.c.									1								
		2	k.a.									1			1					
6	17	13	i.v.						2				3	3	4	1				
		1	i.m.										1							
			s.c.																	
		1	i.c.									1								
		2	k.a.										1	1						
7	22	7	i.v.								1	1	2	3						
		8	i.m.						1			1	4	1			1			
		2	s.c.												2					
		3	i.c.											2	1					
		2	k.a.										1		1					
8	18	4	i.v.							2	1				1					
		5	i.m.									1	1	3						
		5	s.c.						1				3		1					
			i.c.																	
		4	k.a.										2	1	1					
9	21	7	i.v.							1			4	2						
		3	i.m.										2	1						
		5	s.c.							1			4							
			i.c.																	
		6	k.a.									1	4	1						
10	22	5	i.v.									2	2		1					
		2	i.m.								1		1							
		7	s.c.								2		1	3						
		4	i.c.								1			3						
		4	k.a.										1	3						

Inkubationszeit / Tage	Pat.	Injektion davon	Fieberschübe																
			0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	k.a.	
11	10	i.v.																	
		3 i.m.										1	1	1					
		1 s.c.					1												
		2 i.c.									1			1					
		4 k.a.									1	3							
12	6	2 i.v.											1	1					
		i.m.																	
		2 s.c.											2						
		1 i.c.									1								
		1 k.a.											1						
13	2	i.v.																	
		i.m.																	
		1 s.c.												1					
		i.c.																	
		1 k.a.											1						
14	9	1 i.v.												1					
		2 i.m.												2					
		2 s.c.											1	1					
		i.c.																	
		4 k.a.									1		1	2					
15	3	i.v.																	
		2 i.m.												1	1				
		s.c.																	
		i.c.																	
		1 k.a.												1					
16	5	1 i.v.													1				
		1 i.m.											1						
		3 s.c.											1	2					
		i.c.																	
		k.a.																	
17	2	i.v.																	
		1 i.m.												1					
		s.c.																	
		1 i.c.												1					
		k.a.																	
18	1	i.v.																	
		i.m.																	
		1 s.c.													1				
		i.c.																	
		k.a.																	
19	2	i.v.																	
		i.m.																	
		s.c.																	
		i.c.																	
		2 k.a.										2							
26	1	1 i.v.											1						
		i.m.																	
		s.c.																	
		i.c.																	
		k.a.																	
k.a.	6	5 i.v.		1	1													3	
		i.m.																	
		s.c.																	
		i.c.																	
		1 k.a.																1	
kein Fieber	1	i.v.																	
		i.m.																	
		s.c.																	
		i.c.																	
		1 k.a.	1																

## ANHANG 10

### Abschlussbehandlung nach Malariatherapie mit Chinin

Anzahl	Dosierung in g	plus	Bismogenol- kur	zusätzliche Medikamente und/oder andere Therapiemaßnahmen, Physiotherapie oder Bäder
1	1 x 0,6			0,001 Scopolamin
1	1 x 1,0 + 4 x 0,6		12 x 1,0	Coffein
1	1 x 2,0 + 3 x 1,2		12 x 1,0	
1	1,0 + 1,2 + 3 x 0,6		12 x 1,0	0,075 Neosalvarsan b. 7. Fieberschub
3	2 x 1,2 + 1 x 0,6	1		
		1	10 x 1,0	
		1	12 x 1,0	
5	2 x 1,2 + 2 x 0,6	3	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	6 x Pyrifer
		1	2 x 1,0	
19	2 x 1,2 + 3 x 0,6	2		
		1		Neosalvarsan, Pyrifer, Campher, Insulin
		12	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	Coffein, Campher
		1	12 x 1,0	Neosalvarsan 1 x b. 7. Fieberschub, 5 x Pyrifer 50,100, 200, 500%
		1	12 x 1,0	1 x Neosalvarsan
		1	4 x 1,0	3 x Coffein
1	2 x 1,2 + 4 x 0,6	1	11 x 1,0	3 x Coffein, 2 ccm Somnifen, 0,4 Morphin; Medikamentenbäder, Luftsprudelbäder
1	2 x 1,2 + 6 x 0,6	1	12 x 1,0	
1	2 x 2,4	1		
1	2 x 2,4 + 1 x 1,2 + 2 x 0,6	1	12 x 1,0	
1	2 x 2,4 + 2 x 1,2	1	12 x 1,0	
1	2 x 2,4 + 3 x 1,2	1	12 x 1,0	
1	3 x 0,05 + 2 x 2,4 + 1 x 1,2 + 2 x 0,6	1	12 x 1,0	Chinin in großen Abständen! Pyrifer 4 Gaben 50%, 100%, 200%, 500%
3	3 x 1,2	1		
		2	12 x 1,0	
2	3 x 1,2 + 1 x 0,6	1	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	Aderlass 300 ml
38	3 x 1,2 + 2 x 0,6	1		
		1		10 x 0,45 Neosalvarsan
		1	3 x 1,0	
		1	10 x 1,0	
		1	11 x 1,0	
		25	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	1 x Neosalvarsan
		1	12 x 1,0	11 x 2,2 Teroptan ?
		1	12 x 1,0	4 ccm Campher
		1	12 x 1,0	5 x Pyrifer in steigender Dosis
		1	12 x 1,0	Coffein
		1	12 x 1,0	Coffein, 1 x Neosalvarsan
		1	12 x 1,0	Selvadin und Quadin
1	12 x 1,0	Höhnsonne		

Anzahl	Dosierung in g	plus	Bismogenol- kur	zusätzliche Medikamente und/oder andere Therapiemaßnahmen, Physiotherapie oder Bäder
1	3 x 1,2 + 2 x 0,6 zweimalig	1	12 x 1,0	
1	3 x 1,2 + 7 x 0,6	1	12 x 1,0	
1	3 x 2,0 + 2 x 0,6	1	9 x 1,0	
4	3 x 2,4	1		
		1	11 x 1,0	
		2	12 x 1,0	
2	3 x 2,4 + 1 x 2,0 + 1 x 1,0	1	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	3 x Coffein bei Kreislaufbeschwerden
2	3 x 2,4 + 2 x 0,6		12 x 1,0	
1	3 x 2,4 + 2 x 1,0		12 x 1,0	
87	3 x 2,4 + 2 x 1,2	4		
		1		7 Gaben Pyrifer
		1		4 x Pyrifer
		2	2 x 1,0	
		2	3 x 1,0	
		1	3 x 1,0	Coffein
		1	4 x 1,0	Coffein
		2	5 x 1,0	
		2	6 x 1,0	
		1	6 x 1,0	Pyrifer 50 einmalig
		3	7 x 1,0	
		1	9 x 1,0	
		1	10 x 1,0	
		1	10 x 1,0	Coffein
		1	11 x 1,0	Coffein, 2 x Cardiazol
		49	12 x 1,0	
		1	12 x 1,0	4 x Coffein
		1	12 x 1,0	8 mal Pyrifer nach Malaria-Fieberschüben in steigender Dosis
		6	12 x 1,0	Coffein
		1	12 x 1,0	Coffein, Cardiazol
		1	12 x 1,0	Neosalvarsan (21 Tg.)
1	12 x 1,0	Neurosmon über 38 Tage		
1	12 x 1,0	Pyrifer 11 x in steigender Dosierung		
1	12 x 1,0	Pyrifer 50 und 100		
1	12 x 1,0	Recurrensblut Nachimpfung		
1	3 x 2,4 + 2 x 1,6		12 x 1,0	Ruhe, Medikamentenbäder
1	3 x 2,4 + 2 x 2,0		12 x 1,0	
1	3 x 2,4 + 2 x 2,4 + 2 x 1,2			
1	4 x 1,2		12 x 1,0	
1	4 x 1,2 + 1 x 0,6			
1	4 x 1,2 + 6 x 0,6		12 x 1,0	
1	4 x 2,4		12 x 1,0	
3	5 x 1,2	1		
		2	12 x 1,0	
1	5 x 2,4		12 x 1,0	
1	8 x 1,2		12 x 1,0	Neosalvarsan 12 x 0,45
1	9 x 1,2		12 x 1,0	

## ANHANG 11

### **Ausgewählte Zitate aus den Akten (nach Aufnahmedatum geordnet)**

Die ausgewählten Zitate aus den Akten geben Hinweise auf die Lebenssituation der Patienten im Untersuchungszeitraum (1926 - 1933).

Sie geben einen kleinen Einblick in das Berliner Milieu um 1930, die körperlichen und seelischen Beschwerden der Patienten, ihre Schwierigkeiten, die Behandlung als notwendig zu erkennen, ihre Partnerschaftsprobleme, den dringenden Wunsch nach Arbeit und ihr Verhalten in der Klinik, sowie die Akzeptanz der Entscheidungen der Patienten und deren Angehörigen durch die behandelnden Ärzte, Gutachten-Formulierungen der damaligen Zeit, Verlaufsbeobachtungen und die Berücksichtigung des subjektiven Besserungsgefühls des Patienten bei der Entlassung. Auf den Beginn der Diktatur des „Dritten Reiches“ weisen die beiden Zitate von 1933/34 hin.

Um die Persönlichkeitsrechte der Patienten und auch der behandelnden Ärzte zu wahren, werden die Zitate anonymisiert wiedergegeben. Den Zitaten folgen in Klammern die Aufenthaltsdauer des Patienten und die Registriernummer des Landesarchivs Berlin.

„... für "Hysterie mit Sinnestäuschungen" ist Dienstbeschädigung mit einer MdE auf 50% anerkannt“.

(16.12.1926 – 24.02.1927; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 5,02 a)

„... hat fleißig im Garten gearbeitet, freundlich und höflich; ... hat durch Beihilfestelle neue Beschäftigung gefunden“.

(09.02. – 05.04.1927; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 61,01)

„Schmierkur, da er Spritzen verweigert; keine Beschwerden beobachtet“.

(23.04. – 11.06.1927; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 65,04)

„... sei sehr leicht erregbar, aber "kein Zusammentreffen mit der Polizei", 3 Tage Gefängnis wegen eines Kartoffeldiebstahls“.

(30.05. – 05.07.1927; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 6,07)

„... sei 1916 "wie ein Volltreffer" auf den Kopf geflogen, keine Behandlung; jetzt bekomme er bei Streitigkeiten mit Kollegen Kopfschmerzen, ecke oft an“.

(28.12.1927 – 05.03.1928; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 1,05 a)

„... spricht ständig mit sich selbst, ist "zu Hause nicht mehr zu gebrauchen"“.

(24.04. - 18.05.1928; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 9,05)

*Patient kam zur Beobachtung in die Klinik Wiesengrund, weil er aus einer anderen Klinik: „... wegen Beschimpfung des Personals entlassen worden“ war.*

(23.05. – 30.05.1928; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 54,10 a)

„... läßt aus Wut Entlassungsschein liegen, da dort nicht seine AU\* vermerkt wurde“.

(04.08. – 19.09.1928; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 52,06) \*Arbeitsunfähigkeit

„... wird heute auf eigenen Wunsch entlassen (gebessert)“.

(24.08. – 19.09.1928; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 68,11)

„Ehefrau will Einverständnis nicht geben: „Sie können mit meinem Mann machen, was Sie wollen““.

(08.07. - 30.11.1929; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 36,08)

„... keine sichere Besserung, subjektiv Befinden etwas besser, als gebessert entlassen“.

(21.08.1929 – 20.01.1930; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 53, 04)

„Typ des querulatorisch dementen Paralytikers ...“.

(07.11.1929 – 01.02.1930; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 24,03)

„... wird aggressiv unter Androhung von Gewalt, treibt sich tagelang herum“.

(27.11.1929 – 15.02.1930; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 8,14)

„... kommt kleinschrittig mit wackelndem Gang zur Untersuchung; Beine würden steif werden“.

(04.04. – 20.06.1930; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 72,08)

„... euphorisch-dementes Wesen, schwere paralytische Sprachstörung“.

(16.10.1930 – 05.01.1931; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 55,04)

„... er wisse nicht, warum er in eine Klinik solle, er onaniere schon immer, 3 - 4 Mal am Tag, was auch natürlich sei, denn er bekomme ja kein Mädchen, denn er habe ja auch kein Geld, da er jetzt nicht mehr arbeite. Man sage ihm immer, er sei zu langsam“.

(12.11.1930 – 27.01.1931; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 5,04)

„... ist gegen ausdrückliches Verbot zu Silvester weggegangen; wird bei Vorhaltungen patzig, entlassen“.

(11.12.1930 – 02.01.1931; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 49,08)

„... seit 2 Jahren zunehmende Kopfschmerzen und Schlaflosigkeit, jetzt zunehmend reißende Schmerzen in den Beinen“.

(09.09. – 01.12.1931; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 18,01)

„Pat. und seine Ehefrau sind von der notwendigen Malariakur nicht zu überzeugen", man habe Angst, es könne "etwas zurückbleiben"“.

(04.11. – 08.11.1931; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 18, 05)

„... unter 2. Kur Besserung des Allgemeinbefindens und der Sprache“.

(01.11.1931 – 30.04.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 69,07)

„ ... weint beim Abschied“.

(06.02. – 20.05.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 83,13)

„... gebessert nach Hause entlassen; weint bei der Verabschiedung: "Muss ich nicht gesund werden?"“.

(14.03. – 11.06.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 85,05)

„... im Verlauf unsicher, ratlos; hat die Anstalt gegen 5:40 verlassen und sich am Nordbahnhof vor den Zug geworfen“.

(13.06. -26. 07.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 65,05)

"Ich soll eine Impfkur machen, damit ich Fieber bekomme und alles wieder in Ordnung kommt".  
(06.07. - 07.08.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 19,07)

"Als die Klinik wegen Paratyphus eine Woche lang geschlossen war, war Patient Anführer der unzufriedenen Elemente".  
(15.07. – 17.11.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 67,02)

„ ... fiel auf wegen kleinerer Verstöße gegen die Hausordnung, sonst keine Auffälligkeiten“.  
(27.07. – 07.09.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 46,08)

„Ehefrau beantragte die Entmündigung, da Pat. immer Geld verprasste und sich herumtrieb“.  
„... immer wieder Auseinandersetzungen mit seiner zänkischen Ehefrau; Paratyphus festgestellt, verlegt“.  
(11.08. – 29.11.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 46,01 a)

„... blieb seit der Gefangenschaft in Deutschland 1916 einfach hier“. *Dieser Patient änderte Familien- und Vornamen und war unter beiden Namen aufgenommen worden.*  
(31.10.1932 – 10.01.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 46,09 a)

„... seit Pubertät Anfälle von Transvestitismus“.  
(14.11. -19.12.1932; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 63,02)

"Er tyrannisiert seine Umgebung mit seiner pedantischen Rechthaberei".  
(18.11.1932 – 05.04.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 13,05)

„Patient war Zuhälter“, *Anmerkung in Akte:* „Frau ... seit 1928 von jeder gesundheitlichen Beobachtung befreit“. „... trat in Vergnügungsverein Fidele Brüder ein“.  
(06.12. 1932 – 20.03.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 63,07)

„... habe sich über die Scheidungsangelegenheit aufgeregt, "wer ihn ärgere, kriege einen an den Ballon", grob uneinsichtig; sei immer kolossal erregbar“.  
(05.01. - 18.03.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 3,04)

„... da er keine Stelle finden konnte mit seinen 50% habe er sich gesundschreiben lassen“.  
(06.01. – 20.04.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 45,01)

„Aus Wohlbefinden plötzlich Größenwahn, habe Brief an Hindenburg geschrieben“.  
(17.01. – 08.04.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 29,06)

„Er sei aufgeregter geworden, streite mehr mit seiner Frau, habe nicht mehr geschlafen; sei immer herumgelaufen und nur zum Schlafen nach Hause gekommen, er sei auch „kein Kind von Traurigkeit“ gewesen, wenn "die Mädchen nett bitten konnten, dann konnte ich nicht widerstehen und nun tut meine Frau mir das schlimmste an, sie klagt auf Scheidung wegen Geisteskrankheit"“.  
(30.01. - 09.02.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 6,08)

„... mache sich Sorgen und Vorwürfe wegen der Lues“.  
(01.02. – 10.05.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 11,06)

„... auf Anraten seines Arztes zur Erholung in die Klinik überwiesen“.  
(02.03. – 04.04.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 43,03)

„... weiterhin schwere Ataxie, aber selbst Gesundheitsgefühl, will versuchen, zu arbeiten; gilt als gebessert entlassen“.  
(30.03. – 29.06.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 80,04)

„Hauptursache seiner jetzigen Erkrankung sei eine unglückliche Liebe, mit Arbeit und mehr Geld wäre er anders ...“.  
(29.04. – 01.08.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 3,03)

„... man habe ihn aus den Kliniken unerhörter Weise arbeitsfähig entlassen; er habe seit dem Unfall Kopfschmerzen, auch Reißen in den Beinen“.  
(18.07. – 20.11.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 21,03)

"... soweit wieder hergestellt, dass er demnächst als arbeitsfähig entlassen werden kann".  
(09.08. – 24.10.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 68,06)

... häufige Zusammenstöße mit Mitpatienten; entwichen; Meldung an Fürsorgestelle“.  
(25.09.1933 – 19.01.1934; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 76,03)

„... man dürfe ihn fast nicht mehr ansprechen, sonst komme es sofort zur "Entladung"“.  
(23.11. -24.11.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 32,10)

„Pat. schreibt Brief, daß er es nicht mehr in der Klinik ausgehalten hat, endet mit "Heil Hitler"“.  
(28.11. – 02.12.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 14,08)

„Polizei fragt an, ob Pat. verhaftet werden könne (3 Mo wegen Betrugs seien offen); wegen Suizidalität in Hauptanstalt verlegt“.  
(11.12. – 23.12.1933; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 74,01)

„... es habe sich um ein Mißverständnis gehandelt, er habe den Gruß erwidert und gesagt: "heil du ihn doch", er habe sich bei dieser Bemerkung nichts gedacht, er habe Hitler nicht beleidigen wollen, er sei national eingestellt“.

"... eine körperliche Behinderung zur Erwidern des deutschen Grußes besteht nicht".  
(18.12.1933 – 07.04.1934; LA A Rep. 003-04-09, Nr. 18,07)

## **Danksagung**

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, PD Dr. phil. Thomas Beddies. Ich bin ihm sowohl für das gestellte Thema als auch für seine stets verbindliche und verlässliche Unterstützung sehr dankbar.

Ferner danke ich Frau Kerstin Bötticher aus dem Landesarchiv Berlin, die mir regelmäßig bei der Suche nach Quellen half und mit Rat und Tat zur Seite stand. Auch den Archivaren des Landesarchivs sowie Frau Petra Schidzig sei hier gedankt für die Arbeit, die sie mit mir und durch mich hatten.

Den Bibliothekaren und Bibliothekarinnen des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité, der Staatsbibliothek, des Bundesarchivs, der AGB und vor allem des Berliner Sozialgerichts, hier ganz besonders Frau Baumbach, sei gedankt für die Unterstützung bei der oft aufwendigen Literatursuche.

Ich danke den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen des Bauarchivs des Bezirksamtes Reinickendorf von Berlin, hier speziell Frau Angela Hamann, für die Hilfestellung beim Auffinden der Baupläne der Klinik Wiesengrund.

Herrn Michael Kanert danke ich für die Anregungen zur Erstellung der Arbeit.

Darüber hinaus danke ich besonders Frau Ingrid Kind und Herrn Burkhard Kind, die mir nicht nur in Formulierungsfragen, sondern auch sonst unterstützend und aufmunternd zur Seite standen. Herrn Ekkehard Meier sei gedankt für Literaturhinweise.

Ein ganz herzlicher Dank gilt Frau Dr. med. Gesa Wunderlich für ihren Zuspruch und die mir immer neu gegebene Motivation.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, die jederzeit unterstützend an meiner Seite waren.

## Erklärung

„ Ich, Isita Gerda Chatterji, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „ Die Malariatherapie in der neurologischen Männerklinik Wiesengrund“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“

Datum

Unterschrift

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.