

## XXIV.

Aus der psychiatrischen und Nervenlinik der Charité in Berlin.

### **Einige Schlussfolgerungen aus der psychiatrischen Krankensbewegung während des Krieges<sup>1)</sup>.**

Von

**K. Bonhoeffer.**

~~~~~

Jetzt, wo wir am Ende des Krieges stehen und 4 Kriegsjahre überblicken, ist der Zeitpunkt gekommen, den Einfluss des Krieges auf die psychiatrische Krankensbewegung zu studieren. Was uns dabei interessiert, ist die Frage, deren Beantwortung schon bei früheren Kriegen grosse Schwierigkeiten machte und keine sichere Lösung fand, ob sich eine Zunahme, Abnahme oder ein Gleichbleiben der Geisteskrankheiten während des Krieges feststellen lässt und welche Schlussfolgerungen auf die ätiologische Bedeutung der den Krieg begleitenden Schädigungen für den Ausbruch der Geisteskrankheiten sich ziehen lassen. Es ist klar, dass bei einer solchen Untersuchung die grösste Vorsicht geboten ist, weil während des Krieges eine ganze Anzahl äusserer von den Ursachen der Geisteskrankheiten unabhängiger Umstände auf die Krankensbewegung der Kliniken und Anstalten von Einfluss gewesen ist.

Kaum eine wesentliche Förderung unserer Fragestellung wird man von einer Gesamtzählung der Geisteskranken erwarten dürfen. Wenn wir hören, dass vom Jahre 1913 zum Jahre 1917 die Zahl der Männer in den öffentlichen Anstalten Preussens von 21509 auf 22263, also um 3,5 pCt. gestiegen ist, während die Zahl der Frauen von 14227 auf 11489, also um 19 pCt. gesunken ist, so wäre es verfehlt, daraus Schlussfolgerungen derart zu ziehen, dass die Kriegserlebnisse auf die männliche Bevölkerung psychosenfördernd, auf die Frauen entgegengesetzt gewirkt haben. Dass das falsch ist, ergibt sich aus der Zählung der grösseren Privatanstalten, wo die Männeraufnahmen von 3732 im

---

1) Vortrag in der Februarsitzung 1919 der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

Jahre 1917 auf 2858, also um 23 pCt. heruntergegangen sind, während die Frauen in dem Vergleichsjahr von 2985 auf 3149 gestiegen sind, demnach eine Zunahme um 6 pCt. erfahren haben, also das umgekehrte Verhältnis wie in den öffentlichen Anstalten<sup>1)</sup>.

Es ist klar, dass hier die besondere Gestaltung äusserer Verhältnisse eine entscheidende Rolle gespielt hat. Dadurch, dass zahlreiche Anstaltsbetriebe durch die Einrichtung als militärische Nervenlazarette eine Umstellung erfahren haben, wurden mancherorts Aufnahmebeschränkungen für die bürgerliche Bevölkerung nötig. Das betraf in besonderem Masse wohl die Frauenaufnahmen. Das mag eine gewisse Abwanderung der letzteren in die Privatanstalten zur Folge gehabt haben, die vielleicht noch durch die günstige Gestaltung der Lohnverhältnisse während des Krieges eine Förderung erfahren hat. Auch die guten Erwerbsmöglichkeiten mögen auf den Anstaltszugang von Einfluss gewesen sein, insofern manche minder Konkurrenzfähige während des Krieges im Erwerbsleben geblieben sind, die sonst vielleicht in die Anstalten abgeschoben worden wären. Bei der Zunahme der Männer und der Abnahme der Frauen in den öffentlichen Anstalten mag die Neigung der Heeresverwaltung, zunächst die öffentlichen Irrenanstalten zu belegen, Bedeutung gewonnen haben. Es kommen noch manche anderen äusseren Umstände, die die Krankenbewegung beeinflusst haben, hinzu, auf die ich nicht eingehen will. Auf dem Wege solcher allgemeinen Massenzählung sind fruchtbare Ergebnisse für unsere spezielle Frage nicht zu erwarten. Mehr hätte man sich versprechen, wenn eine alle Anstalten umfassende, die einzelnen Krankheitskategorien differenzierende Zählung gemacht würde, in der zum Ausdruck käme, in welchem Prozentverhältnis die einzelnen Erkrankungen vor dem Kriege und während desselben aufgetreten sind und in der für jede Anstalt gleichzeitig auch die äusseren Ursachen für Änderungen der Krankenbewegung aufgeführt und in ihrem Einfluss abgewogen würden. Solche Zählungen der hauptsächlichsten Krankheitsformen sind in grösserem Umfang bis jetzt meines Wissens nicht gemacht worden, nur für den Alkoholismus liegen sie aus einzelnen Kliniken und neuerdings auf Veranlassung des Ministerium des Inneren für Preussen vor.

Ich lege Ihnen eine prozentuale Berechnung aus der Charité vor. Der Bearbeitung eines solchen kleinen Materials haften natürlich die Mängel kleinerer Zahlen für jede Statistik an, andererseits bietet ein

---

1) Die Zahlen verdanke Herrn Kollegen Beninde, vortragendem Rat im Ministerium des Innern.

solches Material vielleicht den Vorteil sorgfältiger und einheitlicher Diagnosestellung. Hinsichtlich der äusseren die Krankenbewegung beeinflussenden Faktoren liegen die Verhältnisse der Charité nicht ungünstig, weil die äusseren Umstände der Aufnahmeverhältnisse sich nicht wesentlich gegen die Friedenszeit verändert haben. Wir hatten uns zwar der Militärverwaltung für die Aufnahme erkrankter Soldaten zur Verfügung gestellt, hatten uns aber die Freiheit, aufzunehmen und abzulehnen, vorbehalten. Dadurch waren die für die Aufnahme geltenden Gesichtspunkte nicht wesentlich verändert. Die Frauenabteilung hatte allerdings eine Aenderung erfahren, insofern eine Abteilung für hirn- und nervenverletzte Soldaten abgesondert wurde. Dadurch ist die absolute Zahl der zur Aufnahme gelangenden Frauen gegenüber der Friedenszeit herabgesetzt und dementsprechend die Prozentberechnung grösseren Zufälligkeitsschwankungen ausgesetzt worden. Man kann bei unserer Zusammenstellung den Einwand machen, dass die Aufnahmen der Klinik nicht den natürlichen aus der Bevölkerung sich ergebenden Zuwachs an psychischen Erkrankungen darstellen, sondern im gewissen Sinne eine Auswahl für die Zwecke der Klinik. Es ist aber zu bemerken, dass gerade die akuten psychotischen Fälle, also diejenigen, die für die Frage der Kriegsätiologie vorwiegend in Betracht kommen, so gut wie ausnahmslos aufgenommen worden sind. Abweisungen in stärkerem Umfang fanden höchstens bei alten Fällen, besonders auch bei alten fortgeschrittenen Paralysen statt. Doch war dieser Brauch in den Friedensjahren ebenso gewesen, so dass die Verhältnisse in dieser Hinsicht nicht geändert sind.

Die Tabelle geht vom Jahre 1913 aus. Es wäre erwünscht gewesen, den Kriegsjahren auch mehrere Friedensjahre entgegenstellen zu können. Das war aber untunlich, weil die Verschiedenheit der klassifikatorischen Betrachtungsweise meines Vorgängers und der jetzt gehandhabten eine einheitliche Verwertung des Materials vor dem Jahre 1913 wenigstens hinsichtlich der endogenen Zustände schwierig gestaltet hätte.

Ich habe mich bei der tabellarischen Uebersicht auf die hauptsächlichsten Erkrankungen beschränkt. Nicht aufgeführt sind die Epilepsie, die nicht schizophrenen paranoischen und paranoiden Prozesse, die symptomatischen, die arteriosklerotischen, senilen, luischen Psychosen, die sonstigen organischen Prozesse, die Rentenbegutachtungen, die forensischen und anderen Begutachtungen, die unklaren Fälle. Die relativ kleinen Zahlen, in denen ein Teil dieser Erkrankungen auftrat, liess doch keine sicheren Schlussfolgerungen zu und bei den anderen interessierte der Zusammenhang mit dem Kriege nicht. Die Epilepsie habe

ich an anderer Stelle schon besprochen<sup>1)</sup>. Es ist klar, dass nur gröbere Veränderungen in der Aufnahmeziffer Schlussfolgerung einzulassen.

|      | Schizo-<br>phrenie |      | Manisch-<br>depressive<br>Erkrankun-<br>gen |      | Progressive<br>Paralyse |      | Hysterie,<br>Psycho-<br>pathie |      | Alkoholis-<br>mus |     | Morphinis-<br>mus,<br>Kokainismus |      |
|------|--------------------|------|---------------------------------------------|------|-------------------------|------|--------------------------------|------|-------------------|-----|-----------------------------------|------|
|      | M.                 | Fr.  | M.                                          | Fr.  | M.                      | Fr.  | M.                             | Fr.  | M.                | Fr. | M.                                | Fr.  |
| 1913 | 7,9                | 18,2 | 2,0                                         | 6,0  | 13,5                    | 6,25 | 12,0                           | 15,0 | 12,4              | 3,7 | 0,24                              | 0,53 |
| 1914 | 9,5                | 16,0 | 1,2                                         | 7,9  | 12,3                    | 6,09 | 16,6                           | 21,0 | 11,6              | 3,3 | 0,25                              | 0,22 |
| 1915 | 8,8                | 16,0 | 1,6                                         | 8,5  | 6,0                     | 4,6  | 36,0                           | 15,7 | 8,9               | 1,9 | 1,06                              | 0    |
| 1916 | 8,0                | 13,0 | 2,2                                         | 11,9 | 9,2                     | 3,0  | 26,0                           | 12,0 | 3,2               | 0   | 0,75                              | 2,4  |
| 1917 | 7,9                | 16,0 | 1,2                                         | 4,3  | 8,1                     | 4,8  | 25,4                           | 20,0 | 1,8               | 0,5 | 0,9                               | 0    |

Bei der Schizophrenie sehen Sie, dass nur geringfügige Schwankungen sowohl bei Männern wie bei Frauen sich ergeben. Ich habe diese Tabelle schon im vergangenen Jahre einmal in dieser Gesellschaft bis zum Jahre 1916 reichend vorgelegt. Auch das Jahr 1917 hat sich in demselben Rahmen gehalten, es hat sich zufällig sogar genau dieselbe Prozentzahl wie im Jahre 1913 ergeben.

Bei den manisch-depressiven Erkrankungen sind auf der Männerseite die Zahlen ziemlich gleich geblieben, jedenfalls ist von einer ausgesprochenen Zunahme oder einem Rückgang der Erkrankungen nicht die Rede. Bemerkenswert ist die geringe absolute Zahl, in der wir die manisch-depressiven Erkrankungen bei den Männern überhaupt auftreten sehen. Das zeigt sich auch darin, dass während in Friedenszeit das Verhältnis der Aufnahmen von Manisch-depressiven zu Schizophrenen etwa 1 zu 4 ist, es während der Mehrzahl der Kriegsjahre sich wie 1 zu 5 oder 1 zu 6 verhält, und während im allgemeinen die manisch-depressiven Erkrankungen bei Frauen im Durchschnitt etwa 2 bis 3 mal so häufig als bei Männern in dem Anstaltsmaterial sich finden, hat sich auch dieses Verhältnis in demselben Sinne verschoben, dass die manisch-depressiven Mäneraufnahmen nur  $\frac{1}{4}$  bis  $\frac{1}{6}$  der Frauen betragen. Ich möchte mich enthalten, daraus irgend welche Schlussfolgerungen zu ziehen, insbesondere nicht die, dass die manisch-depressiven Erkrankungen hier überhaupt seltener wären. Was ich sonst in Poliklinik und in der Bevölkerung sehe, spricht durchaus nicht in diesem Sinne.

Auch bei der progressiven Paralyse liegen die Verhältnisse so, dass jedenfalls von einer Zunahme der Paralyse in unserem Material nicht gesprochen werden kann.

1) Diese Monatschrift. 1915. 38. Bd.

Ausgesprochene Zunahmen sehen wir bei der psychopathischen Konstitution, und zwar auf der Männerseite. Wir sehen ein Ansteigen von 12 auf 25 pCt., im Jahre 1915 sogar auf 36 pCt. Es bedarf das keiner weiteren Erklärung. Bald nach Kriegsbeginn wurde es ersichtlich, dass für diese Kategorie der psychisch Labilen der Krieg ein ausserordentlich anfallförderndes Agens geworden ist.

Als Gegenstück sehen wir, wie der Alkoholismus von 12 pCt. auf 1,8 pCt. im Jahre 1917 zurückgegangen ist, und zwar ergibt sich deutlich ein vom Jahre 1916 ab besonders sich steigernder Rückgang. Im Jahre 1918 wird der Prozentsatz noch niedriger, er ist auf 0,6 heruntergegangen. Wie die Statistiken von anderwärts lehren und eine Erhebung innerhalb Preussens, die wie ich annehme, bald bekannt gegeben werden wird, zeigt, handelt es sich um eine durch das ganze Reich gehende Erscheinung. Durch die Freundlichkeit des Generalsekretärs des Vereins gegen den Missbrauch geistiger Getränke, Herrn Prof. Gonser, habe ich aus einer grossen Anzahl von Alkoholfürsorgestellen des Reichs Berichte über den Alkoholismus während des Krieges bekommen. Die Jahreszugänge dieser Fürsorgestellen, die zusammen vor dem Krieg etwas mehr als 6000 betrugen, sind auf etwa 500, also um etwa 90 pCt. zurückgegangen. Das entspricht ziemlich genau den Zahlen, die die Krankenhausstatistik ergibt.

Von Einzelheiten, die sich aus dieser Enquête ergeben, ist bemerkenswert, dass Süddeutschland an der Abnahme etwas weniger Teil zu nehmen scheint. Es erklärt sich das wohl daraus, dass der in Süddeutschland übliche Weinkonsum weniger stark durch die Kriegsverhältnisse beeinflusst worden ist, und dass die dort häufigen, kleinen Hausbrennereien für Fruchtschnäpse gesetzlich weniger leicht fassbar sind. Ein zweiter Punkt ist, dass der Rückgang des weiblichen Alkoholismus nicht ganz Schritt hält mit dem männlichen, Das war eigentlich zu erwarten. Es ist eine alte Erfahrung, dass Frauen, wenn sie zum Alkoholismus gelangen, schwerere Formen zu zeigen pflegen. Sie kommen weniger aus sozialen, als aus Gründen der endogenen psychopathischen Anlage zum Alkoholismus. Dazu kommt nun in den Kriegszeit das Hereinwachsen der Frauen in die männlichen Arbeits- und damit auch Trinkgewohnheiten und dazu die geringere Toleranz der Frau gegen Alkoholika.

Das Verschwinden des Alkoholismus ist auch noch in anderer Richtung von ätiologischem Interesse. Es ist eine sehr vielen Psychiatern noch geläufige Vorstellung, dass dem Alkoholismus auch abgesehen von seiner ätiologischen Bedeutung für die alkoholistischen Geistesstörungen im engeren Sinne eine erhebliche auslösende Bedeutung auch für die

Entwicklung anderer Geistesstörungen zukomme. Die Siemerling'sche Schule, speziell E. Meyer ist bekanntlich der Ansicht, dass der chronische Alkoholmissbrauch jede Form geistiger Störung hervorrufen kann. Von Kraepelin und von den Franzosen ist versucht worden, Gründe dafür geltend zu machen, dass bei der Entwicklung der progressiven Paralyse dem chronischen Alkoholismus eine auxiliäre Bedeutung zukommt. Wäre das richtig, so wäre zu erwarten, dass sich das jetzt, wo wir seit einigen Jahren in der Anamnese kaum mehr etwas von Alkoholismus hören, in einem Rückgang auch der nicht alkoholistisch psychischen Erkrankungen ausspräche. In meinem Material ist davon nichts zu bemerken. Oehmig weist in seinem Dresdener Material darauf hin, dass die alkoholistischen Anamnesen bei seinen Geisteskranken von 310 vor dem Krieg auf 54 im Jahre 1917 zurückgegangen sind, während in der Aufnahmehzahl der Geisteskranken sich keine entsprechende Aenderung gezeigt habe. Sicherer wird sich über diese Frage urteilen lassen, wenn wir das Glück haben, noch einige Jahre alkoholismusfrei zu sein, weil dann auch der Einwand nicht mehr gemacht werden kann, dass der frühere Alkoholismus noch nachwirkt.

Auch die Frage der chronisch paranoiden Alkoholpsychosen, deren Existenz besonders von Kraepelin betont worden ist, wird jetzt vielleicht einer Klärung entgegenzuführen sein. Wenn es richtig ist, wie ich annehme, dass bei diesen sogenannten chronischen Alkoholpsychosen der Alkoholismus nur eine Begleiterscheinung darstellt, die der ersten Krankheitsphase vielleicht eine besondere Färbung gibt, während das Wesentliche das endogene Moment ist, so werden diese Krankheitsfälle auch jetzt noch unabhängig vom Alkoholabusus zur Beobachtung kommen müssen. Klarheit über diese Punkte zu bekommen, ist im Interesse einer schärferen ätiologischen Gruppierung der einzelnen Geisteskrankheiten durchaus geboten, und es ist zu hoffen, dass uns die Zeit der Zwangsnüchternheit das ermöglicht.

Zum Schluss habe ich noch die Tabellen des Morphinismus und Kokainismus aufgeführt. Die Tatsache, dass es sich bei der Abnahme des Alkoholismus nicht um selbstgewählte Enthaltbarkeit, sondern um eine Zwangsnüchternheit handelt, lässt daran denken, dass das narkotische Streben in dieser einer Stimmungshebung so sehr bedürftigen Zeit andere Wege sucht. Aus der Mitteilung der Alkoholfürsorgestellten und auch aus eigenem Erfahren wissen wir, dass die Nachfrage nach Hoffmannstropfen, Baldriantinktur und ähnlichem erheblich gestiegen, dass der Genuss von vergälltem Spiritus sehr zugenommen hat. Eine wesentliche Bedeutung kommt dieser Quelle des Alkoholis-

mus aber kaum zu. Von besonderem Interesse war es zu erfahren, ob etwa das Morphinum oder Kokain in stärkerem Grade an Stelle des Alkohols getreten sei. Tatsächlich besteht ohne Zweifel eine Zunahme des Morphinismus. Während 1913 der Prozentsatz der Morphinisten und Kokainisten zusammen 0,24 ausmachte, betrug er die folgenden Jahre das 2 bis 3 und noch mehrfache. Der Anteil bleibt aber auch im Jahre 1917 noch unter 1 pCt. Im Jahre 1918 ist es jetzt so, dass die Zahl der Morphinistenaufnahmen die der Alkoholisten ganz erheblich übersteigt. Wir haben unter den Aufnahmen der Männerabteilung 0,6 pCt. Alkoholisten und 2 pCt. Morphin-, bzw. Kokainsüchtige, bei den Frauen Alkoholistinnen 0 pCt. und Morphinistinnen 4 pCt.

Die Nachfrage bei einigen sich mit Morphin- und Kokainentziehungen beschäftigenden Sanatorien ergab eine Bestätigung dieser Beobachtung. Eine wesentliche Steigerung, vor allem der Morphinisten, wird berichtet.

Um einen Ersatz des Alkoholismus durch diese Intoxikationen handelt es sich aber nicht. Das ergibt die Durchsicht der Krankengeschichten, die in keinem Fall die Ablösung des Alkohols durch Morphinum oder Kokain zeigt. Die wesentliche Ursache für die Zunahme liegt in der vermehrten Anwendung des Morphiums, die der Krieg mit sich gebracht hat. Schwestern, Offiziere, Soldaten sind es vor allem, die den Kreis der Konsumenten bilden. Es mag auch sein, dass die Unzulänglichkeit und Einförmigkeit der Ernährung, wie sie auch die Neigung zum Tabakgebrauch gesteigert hat, das Loskommen von dem ursprünglich ärztlich verordneten Morphinum erschwert hat.

Unsere Prozentberechnung gibt mit bemerkenswerter Anschaulichkeit das Wesentliche der psychiatrischen Kriegserfahrungen wieder. Nur die psychopathischen Konstitutionen einschliesslich der Hysterie und von den Intoxikationspsychosen der Alkoholismus und Morphinismus zeigen in ihrem zahlenmässigen Auftreten eine ins Auge fallende Aenderung. Die Ursachen dafür liegen in den uns bekannten Kriegsverhältnissen. Schizophrenie, manisch-depressive Erkrankungen und progressive Paralyse sind in ihrem Häufigkeitsverhältnis kaum verändert. Der Schluss, den meines Erachtens auch die Individualbeobachtung ergibt, dass bei diesem letzteren die Kriegsverhältnisse einen irgend welchen ausschlaggebenden Einfluss nicht ausgeübt haben, drängt sich auf. Er wird noch zwingender werden, wenn auch andernorts ähnliche Untersuchungen in grösserem Umfang dieses Ergebnis bestätigen. Dass Kriegserlebnisse, wie Unterernährung, Erschöpfung und Emotionen keinen nachweisbaren Einfluss auf den Ausbruch dieser Psychosen ausüben, ist nicht nur von der

bisher fast ausschliesslich betrachteten praktischen Seite der Dienstbeschädigungsfrage aus wichtig. Hier, kann man sagen, ist es schliesslich gleichgültig, ob der Militärfiskus oder die Gemeinde die Geisteskranken versorgt. Je schärfer aber die Bedeutungslosigkeit der genannten exogenen Faktoren sich allmählich hervorhebt, um so eindringlicher wird die ätiologische Forschung sich der Aufklärung der inneren somatischen Entstehungsbedingungen dieser Psychosen zuwenden müssen.

---