

Das Psychiatrische Krankenhaus des Memelgebiets.

(Leitender Arzt: Dr. *Max Fischer.*)

Von

Max Fischer.

(*Eingegangen am 19. Januar 1931.*)

Durch die Abtrennung des Memelgebiets von der Provinz Ostpreußen im Jahre 1923 erwuchsen für das nun selbständig gewordene Gebiet gleichzeitig neue Schwierigkeiten auf gesundheitstechnischem Gebiete. Das neugebildete Direktorium des Memelgebiets übernahm auch die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen, eine eigene Landessanitätsbehörde wurde ihm angegliedert. Dieser unterstand nunmehr auch die Versorgung der anstaltpflegebedürftigen Geisteskranken des Gebiets, ihre Unterbringung in geschlossenen Anstalten, in Pflegestellen und in Familienpflege. Der weitaus größte Teil der anstaltpflegebedürftigen Kranken verblieb zunächst in der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Tapiau (Ostpreußen); ein kleiner Teil auch in den beiden anderen ostpreußischen Anstalten Allenberg und Kortau. Mehr und mehr ergaben sich Schwierigkeiten politischer und sozialer Natur, die allmählich dazu führten, daß ein großer Teil der Kranken nach Hause in das Memelgebiet entlassen und teilweise auch in die einzige, in Großlitaunen gelegene Anstalt, das Psychiatrische Krankenhaus in Kalvarija, aufgenommen wurde. Auf diese Weise war schließlich die Übersicht über einen großen Teil der Kranken sehr erschwert. Es wurde daher schon im Jahre 1925 ein Neubau für ein eigenes Psychiatrisches Krankenhaus des Memelgebiets in der Nachbarschaft Memels unternommen, der aber dann aus verschiedenen Gründen nur im Rohbau fertiggestellt wurde und so bis zum Jahre 1928 unbenutzt liegen blieb.

Nach langwierigen Verhandlungen mit den beteiligten Stellen wurde im Winter 1928/29 die Fertigstellung dieses Gebäudes vom Memelländischen Landtage, der die nötigen Mittel bereitstellte, beschlossen und in Angriff genommen, so daß das Haus am 4. April 1929 feierlich seiner Bestimmung übergeben werden konnte.

Das Memelgebiet umfaßt 2120 qkm mit rund 145 000 Einwohnern. Das Grundstück mit Ackerland ist 4,74 Hektar groß, wovon 1,93 Hektar eingefriedet sind. Für das Gebäude selbst sind 394 qm benutzt, der Erweiterungsbau ist auf 361 weitere Quadratmeter geplant, soll also noch verdoppelt werden, weil sich schon bei den vorbereitenden Arbeiten

herausstellte, daß mit der doppelten Belegziffer, wie ursprünglich 1925 geplant, gerechnet werden mußte.

Bei der Inneneinrichtung mußte daher zunächst auf weitgehende Raumersparnis Rücksicht genommen werden, da das Haus zunächst nur für 34 Betten geplant war, während 60—80 Plätze erforderlich waren. Trotzdem wurde darauf Bedacht genommen, die Inneneinrichtung den modernsten deutschen Anstalten gleichzugestalten, insbesondere wurde das Vorbild der neu erbauten Psychiatrischen Klinik in Königsberg (Dir. Geh. Prof. Dr. E. Meyer) nach Möglichkeit benutzt, vor allem was die Anlage der Korridore, Saalverteilung, Fenster und Treppensicherung und die sanitären Anlagen betreffen. Es gelang uns, den Einbau von Isolierzellen fast ganz zu umgehen. Nur in einem Stockwerk wurde ein Raum reserviert, der sich außer einer Fenstersicherung durch besonders dicke Glasscheiben und einer festen Tür durch sonst nichts von den übrigen Krankenzimmern unterscheidet. Es kann gleich vorweg genommen werden, daß in den zwei Jahren seines Bestehens das Krankenhaus regelmäßige Isolierungen im alten Sinne nie hat vorzunehmen brauchen. Der sog. Isolierraum hat sich dagegen bewährt bei der Aufnahme besonders erregter Kräne, die durch unsachgemäße Behandlung während des Transportes besonders erregt geworden waren, insbesondere auch bei gelegentlich vorkommenden hochgradigen epileptischen Verwirrtheitszuständen. Auf alle Fälle ist dem Personal das selbständige Isolieren von Kranken auf das strengste untersagt. Eine Isolierungsmöglichkeit ist aber bei den beschränkten Raumverhältnissen nicht zu umgehen, schon deshalb, weil bisher sämtliche Kranken in ein und demselben Hause, also gewissermaßen auf einer Abteilung untergebracht werden mußten.

Fenster und Türen sind nach modernen Anschauungen ohne jede besondere Sicherung eingebaut. Wegen des hier herrschenden Klimas sind Doppelfenster unvermeidlich, die jedoch lediglich durch Unterteilung in Scheiben von 20×27 cm verkleinert wurden. Jedes Stockwerk ist vom Treppenhaus durch eine Glastür abgeschlossen, um das Umherlaufen der Kranken im ganzen Hause zu verhüten. Das Treppenhaus ist durch eine durchgehende Mauer unauffällig gesichert, die Anbringung von Gittern und Geländern ist dadurch vermieden worden.

Innerhalb der so abgeschlossenen Abteilungen befindet sich je ein Saal von 175—200 cbm Rauminhalt, der als Wachsaal mit 12 Betten belegt ist, weitere 4—7 Kräne können in kleineren Zimmern untergebracht werden. Die Männer bewohnen das erste, die Frauen das zweite Stockwerk, für die ruhigen Frauen befindet sich noch ein zweiter Schlafsaal außerhalb der geschlossenen Abteilung und auf jedem Stockwerk ebenfalls offen, noch ein Einzelzimmer für zwei Betten, in dem ruhige Kräne oder Privatpatienten untergebracht werden können. Die übrigen Zimmer des ersten und zweiten Stockes werden von den

Wohnungen des Anstaltsarztes, der Krankenhausleiterin, des Oberpersonals, dem Büro und Untersuchungsraum ausgefüllt. Im dritten Stock befindet sich noch eine Unterbringungsmöglichkeit für 6—7 ruhige Frauen (Schlafsaal), im übrigen wird das teilweise Kniestockwerk vom Pflegepersonal bewohnt. Außerdem befindet sich dort ein Aufenthaltsraum für das Personal, eine Arbeitsstube und die Waschküche.

Im Grundstock sind die Küchenräume, die Heizanlage und die Pförtnerwohnung, nebst einigen Nebenräumen untergebracht.

Jede Station, d. h. das erste und zweite Stockwerk hat einen eigenen Baderaum mit 3 Wannen. Der Wasserzulauf ist in der Mauer versenkt und wird direkt in die Wannen geleitet. Neben den Baderäumen befinden sich die Toiletten, die gleichzeitig als Besen- und Abstellkammern dienen müssen.

Sehr störend hat sich das völlige Fehlen von Abteilungsküchen und Tagesräumen bemerkbar gemacht, doch hat die hohe Belegzahl des Krankenhauses uns vorläufig noch gezwungen, auf diese an sich notwendigen Räume zu verzichten.

Es befinden sich zur Zeit 70—75 Kranke, zumeist in Dauerpflege im Hause, so daß seit einem halben Jahre die Unterbringung einiger ruhiger männlicher Kranker in einem benachbarten ehemaligen Waisenstift notwendig wurde. Ein besonderer Übelstand ist es, daß alle diese Kranken tagsüber mit wenigen Ausnahmen sich innerhalb der geschlossenen Abteilungen aufhalten müssen, um die Übersicht nicht zu verlieren.

Das Personal des Krankenhauses besteht aus einem Assistenzarzte mit psychiatrischer Vorbildung, einer Oberpflegerin, sowie 9 weiblichen und 6 männlichen Pflegepersonen. Es entfallen somit einschließlich des Oberpersonals auf je 4,5 Pfleglinge eine Pflegeperson. Die Beschaffung und Einschulung des Pflegepersonals macht bis heute noch die denkbar größten Schwierigkeiten. Bei Eröffnung des Krankenhauses stand nur 1 teilweise für Geisteskranke ausgebildeter Pfleger und 3 mehr oder minder im allgemeinen Sanitätsdienst vorgebildete Personen zur Verfügung. In dankenswerter Weise hatte uns die Prov. Heil- und Pflegeanstalt Tapiau mit Genehmigung des Herrn Landeshauptmanns Ostpreußen für die ersten Monate eine Oberpflegerin, 3 Pflegerinnen und 2 Pfleger zur Anleitung für das neue memelländische Personal zur Verfügung gestellt. An dieser Stelle sei dafür Herrn Direktor *Holthausen-Tapiau* nochmals unser Dank ausgesprochen. In sofort einsetzenden Ausbildungskursen gelang es, wenigstens einen Teil des neuen Personals so weit vorzubilden, daß wir Ende 1929 auf das ostpreußische Personal verzichten konnten. Von unserem eigenen Personal haben inzwischen erst 3 Personen die staatliche Prüfung ablegen können. Die Leitung des Hauses liegt jetzt in den Händen einer geprüften Krankenschwester. Die Oberaufsicht führt der Verfasser im Nebenamt.

Trotz der vielen Schwierigkeiten in der Platzfrage, der Besetzung der Pflegerstellen mit zum größten Teil ungelerntem Personal und dem Fehlen von Arbeitsräumen und Arbeitsmöglichkeiten umfaßt der Betrieb des Krankenhauses jetzt alle Anforderungen und Pflichten größerer und gut organisierter Heil- und Pflegeanstalten im benachbarten Deutschland.

Es werden aufgenommen: sämtliche memelländischen Personen, bei denen ärztlicherseits eine Anstaltspflegebedürftigkeit nachgewiesen wird, ferner zur Beobachtung psychische und neurologische Fälle der Krankenkassen und anderer Wohlfahrtsinstitute, nicht zuletzt auch Straf- und Untersuchungsgefangene zur Unterstützung der Gutachtertätigkeit bei den Gerichten, sowie auch vorkommenden Falles für die Unfallbegutachtung. Leider stehen dem Krankenhaus bisher keine besonderen diagnostischen Hilfsmittel und Laboratorien zur Verfügung. Elektrische und physikalische Einrichtungen fehlen ebenfalls aus Platzmangel.

Auf therapeutischem Gebiete wird selbstverständlich im übrigen mit allen modernen Mitteln gearbeitet, insbesondere hält das Krankenhaus einen Malariastamm zur Malariatherapie der Paralyse. Die bei der verhältnismäßig kleinen Frequenz an Paralytikern notwendige Überimpfung auf nichtluische Fälle wurde dazu benutzt, therapeutische Versuche an Schizophrenen und Epileptikern auszuführen. Es ist hier nicht der Ort, über die Erfahrungen auf diesem Gebiete einzugehen, die an anderer Stelle veröffentlicht werden sollen.

Besondere Aufmerksamkeit wurde auch der *Arbeitstherapie* zugewandt; es wird nach Möglichkeit versucht, alle Kranken zu einer Beschäftigung heranzuziehen, wobei auf der Frauenabteilung etwa 80% der Pfleglinge wenigstens zeitweise beschäftigt sind. Für eine dauernde Beschäftigung fehlen uns bisher noch die Möglichkeiten, doch sind etwa 40% auch für dauernd in der Küche, im Sommer im Garten, im Winter mit Wollspinnerei, Stricken und Näharbeiten beschäftigt. Es liegt in der Natur des räumlich beschränkten Krankenhauses, daß alle auch nur einigermaßen ruhige Kranke nach Möglichkeit entlassen werden müssen, woraus sich die niedrige Beschäftigungsquote ergibt. Dennoch ist es uns nur bei etwa 8 weiblichen Kranken bisher unmöglich gewesen, sie zu irgendeiner Tätigkeit anzuhalten.

Bei den Männern ist leider die Beschäftigungsquote noch geringer, in der Hauptsache infolge des Fehlens von Arbeitsmöglichkeiten. Im eigenen landwirtschaftlichen Betriebe können erst im Laufe der weiteren Entwicklung etwa 30% unserer Kranken untergebracht werden, eigene Werkstätten können noch nicht errichtet werden.

In wirtschaftlicher Hinsicht untersteht das Krankenhaus dem Direktorium des Memelgebiets, das gleichzeitig die Stelle des Landeshauptmanns in Ostpreußen vertritt. Die wirtschaftliche Direktion ist dem

Anstaltsärzte unter Leitung des Direktoriums übertragen. Dieser wird unterstützt durch einen ständigen Büroleiter, der Beamter des Direktoriums ist. Die ärztliche Kontrolle wird lediglich durch den leitenden Arzt und vorkommendenfalls nur noch durch die oberste Medizinalperson des Gebiets, den Landesmedizinalrat, ausgeübt.

Der Dienst des Personals ist so geregelt, daß auf der Station tagsüber 2—3 Pfleger einschließlich eines Oberpflegers resp. Pflegerin tätig sind, die abends um 7 Uhr durch 2 Nachtpfleger bzw. Pflegerinnen abgelöst werden. Es hat sich durchführen lassen, daß der Dienst nachts im Wachsaal nur von einer Pflegeperson wahrgenommen wird, während eine zweite auf der Station schläft. Das gesamte Personal ist verpflichtet, an zwei Wochenstunden einem Unterrichtskursus der beiden Ärzte teilzunehmen, in dem das gesamte Gebiet der Anatomie, allgemeinen Pflege und Pflege Geisteskranker im besonderen behandelt wird. Es ist damit zu rechnen, daß bis zum Frühjahr 1931 etwa 8 Pflegepersonen das staatliche Pflegerexamen (nach den Vorschriften des Examens für Irrenpfleger in der Provinz Ostpreußen) bestehen werden. Dennoch muß an dieser Stelle erwähnt werden, daß mit dem bisher gänzlich ungelernten Personal die denkbar günstigsten Erfolge erzielt werden konnten. Schwerwiegende Unglücksfälle sind bisher nicht vorgekommen, ebenso keine Selbstmordfälle. Leider hat sich eine Reihe kleiner Unzuträglichkeiten nicht vermeiden lassen, insbesondere sind bisher etwa 10 Entweichungen zu verzeichnen gewesen, doch konnten die Kranken in der Regel sofort zurückgebracht werden. Besonders bemerkenswert ist der Umstand, daß das ungelernte Personal, allerdings dank der unermüdlichen Überwachung durch die Ärzte, nur sehr selten zu Klagen über Mißhandlungen Kranker Anlaß gegeben hat. Rohe Mißhandlungen Kranker oder gar Verletzungen sind nie zu verzeichnen gewesen, obgleich die ärztliche Leitung auf Isolierung in der Regel verzichten konnte. Es ist unnötig zu erwähnen, daß irgendwelche Zwangsmittel oder Fesselungen selbstverständlich nicht geduldet werden. Das Krankenhaus besitzt auch keinerlei Einrichtungen in dieser Richtung. Es ist uns sogar gelungen, einen Kranken, der selbst auf der *Gewährung* eines sog. „Kastenbettes“ mit Torffüllung bestand, die er in seinem bisherigen Aufenthaltsort benutzt haben wollte, an das Bett, wenn auch mit einem Strohsack aus festem Stoff zu gewöhnen. Besonders hat sich auch die weitgehende Verwendung des Dauerbades bewährt, durch das in den meisten Fällen dem Zerstörungs- und Selbstbeschädigungstrieb der Kranken erfolgreich begegnet werden konnte. Zeitweise läßt sich jedoch, wenn auch nur für kurze Zeit, die Packung einzelner Kranker nicht umgehen, ich bin jedoch der Überzeugung, daß auch diese Maßnahme fast ganz verschwinden kann, sobald dem Krankenhaus die Möglichkeit gegeben wird, durch räumliche Erweiterung die unruhigsten Kranken von den übrigen zu trennen.

Es ist bisher nicht möglich gewesen, trotz dauernder Vorstellung der ärztlichen Leitung für die unruhigsten Kranken getrennt liegende Pavillons durchzusetzen, doch ist mit deren Errichtung im kommenden Jahre zu rechnen.

Die räumliche Beschränkung in dem verhältnismäßig kleinen dreistöckigen Hause mit der doppelt so hoch wie vorgesehenen Belegzahl bietet überhaupt die mannigfältigsten Schwierigkeiten, sowohl was die Trennung der Geschlechter als auch die Trennung der unruhigen von den ruhigen Kranken betrifft. Es war uns auf diese Weise, wenn auch notgedrungen, Gelegenheit gegeben, Versuche bei einer Lockerung der strengen Trennung der Geschlechter zu machen. Es sind dauernd weibliche Kräfte auf der Männerstation beschäftigt, zeitweise hat sich auch ein Austausch männlichen Pflegepersonals auf die Frauenstation nicht umgehen lassen. Die Beschäftigung von Frauen auf mit Männern belegten Stationen ist ja schon vielfach üblich und hat auch bei uns keinerlei Schwierigkeiten gemacht. Wir haben im Gegenteil die Erfahrung machen können, daß das weibliche Element die männlichen Pfleger dazu veranlaßt, sich besser in der Gewalt zu halten, der Verkehrston wird dadurch zweifellos höflicher und entgegenkommend. Eine gewisse Bestätigung dieser Erfahrung liegt auch in dem anfänglichen Widerstreben des männlichen Personals gegen diese Maßnahme, das sich durch die auf der Station tätigen Frauen stets kontrolliert fühlt und fühlen wird.

Dagegen halte ich es nach unseren Erfahrungen nicht für sehr zweckmäßig, falls es nicht wie bei uns unbedingt notwendig wird, auf die Dauer männliche Pfleger auf der Frauenstation zu beschäftigen. Das weibliche Personal wird durch diese Maßnahme sich stets peinlich berührt fühlen, und die Achtung der Frau durch den Mann leiden müssen.

Auch sonst hat sich eine strenge Trennung der Geschlechter unter den Patienten als nicht notwendig erwiesen. Wir haben auf der Frauenstation eine Näh- und Flickabteilung eingerichtet, auf der unter vorwiegend Frauen auch einzelne ruhige Männer beschäftigt werden, selbstverständlich unter Aufsicht einer Pflegerin. Anderseits sind in der Küche, teilweise auch ohne dauernde Aufsicht Männer und Frauen beim Gemüsereinigen, Kartoffelschälen usw. tätig. Bisher ist es nie vorgekommen, daß zwischen den zusammenarbeitenden Männern und Frauen Unzuträglichkeiten entstanden sind. Selbst bei den sich völlig frei bewegenden Patienten hat es zu Klagen nie Anlaß gegeben.

Die räumliche Beengung des Krankenhauses verbietet uns leider auch noch die Einrichtung von Werkstätten, so daß sich auch hieraus die verhältnismäßig niedrige Beschäftigungszahl unserer Kranken ergibt. Dazu kommt, daß selbst bei einer noch erhöhten Belegungsziffer von 100—120 Kranken, die allerdings zur Zeit noch nicht erreicht ist, sich

die Errichtung von Spezialwerkstätten wie Schlosserei, Schmiede, Weberei und anderer infolge ausreichender Arbeitskräfte nicht lohnen wird.

Die Belegungszahl erreichte dieses Jahr im Mai 77 Kranke, durchschnittlich wurden in diesem Jahre täglich 70 Kranke verpflegt. Im Eröffnungsjahre war die Höchstzahl im Oktober mit 69 Kranken erreicht. Das Krankenhaus wurde mit 31 Kranken eröffnet, die Zahl hatte sich im Juli 1929 bereits verdoppelt. Die Normalbelegungsziffer beträgt 70 Kranke.

Im ersten Jahre wurden insgesamt 64 männliche und 73 weibliche, darunter 20 Privatpatienten aufgenommen. In den ersten 6 Monaten dieses Jahres wurde bereits fast die gleiche Anzahl Kranke aufgenommen und zwar 61 männliche, 52 weibliche, darunter 16 Privatpatienten. Das Personal blieb in der gleichen Kopfstärke, zusammen mit Ärzten und Büropersonal, 20 Personen, dazu 7 Hausangestellte.

Die Betriebskosten im Jahre 1929 betrugen etwa 67 500 RM, in der ersten Hälfte dieses Jahres 39 500 RM. Somit wurde mit dem relativ sehr niedrigen Satz von etwa 4 RM im ersten Jahr und 3,20 RM in diesem Jahr pro Kopf und Tag gearbeitet.

Naturgemäß ist der Arbeitskreis unseres Krankenhauses ein weitaus größerer gewesen als bei den meisten Heil- und Pflegeanstalten in Deutschland. Schon durch das Fehlen jedes neurologischen Krankenhauses im ganzen Gebiet wurde unser Aufgabenkreis erheblich erweitert. Es ist auch damit zu rechnen, daß bei einer weiteren Senkung der Betriebskosten das Krankenhaus mehr und mehr von den öffentlichen Stellen zu Untersuchungszwecken herangezogen werden wird. Da vorläufig noch der Verpflegungssatz unseres Krankenhauses fast das doppelte der übrigen Krankenhäuser Memels ausmacht, liegt es auf der Hand, daß diese zunächst stärker frequentiert werden. Dennoch sind bisher 14 rein neurologische Fälle und 18 Psychopathen bei uns aufgenommen gewesen, von denen ein großer Teil zur Begutachtung aufgenommen war.

Dem Gebiet ist jetzt auch die Möglichkeit gegeben, Untersuchungsgefangene im Lande selbst einer länger dauernden Beobachtung zu unterziehen. Das Vertrauen der Gerichte des Memelgebiets, das unser Krankenhaus genießt, zeigt sich am besten in der verhältnismäßig starken Inanspruchnahme zu diesem Zwecke. Es wurden in den verflossenen 2 Jahren seines Bestehens 10 Fälle auf Grund des § 81 St.P.O. zur Beobachtung eingewiesen. Hinzu kommen noch einige Fälle Strafgefangener mit Haftpsychosen, Erregungszuständen während der Haft oder zur Untersuchung.

Besondere Schwierigkeiten erwuchsen uns auch aus den relativ tiefstehenden sanitären Verhältnissen Litauens und unseres Gebiets gegenüber denen Deutschlands. Eine ganze Reihe ansteckender Krankheiten mußte bei uns behandelt werden, die regelmäßig von außerhalb importiert wurden und niemals eine weitere Infektion nach sich zogen. In

erster Linie haben uns Erysipel und Scharlach bei unserem ungelernten Personal Schwierigkeiten bereitet. An sonstigen Krankheiten wurde nur ein Typhusfall innerhalb des Krankenhauses behandelt.

Über das Krankenmaterial gibt die nachstehende Tabelle Aufschluß:

Tabelle 1. Seit Bestehen des Krankenhauses wurden aufgenommen wegen folgender Krankheiten:

Diagnose	Männer		Frauen		Insgesamt	
		davon entl. bzw. verst.		davon entl. bzw. verst.	Aufgen.	Entl.
Schizophrenie	42	19	61	32	103	51
Symptomatische Psychosen (foudroyante Schizophr.)	3	3	19	15	22	18
Epilepsie	14	7	5	3	19	10
Paralyse	13	13	7	6	20	19
Schwachsinnige und Idioten	12	6	1	1	13	7
Alkoholismus	5	5	—	—	5	5
Neurologische Fälle (inkl. Tabes)	12	12	2	2	14	14
Psychopathen	10	6	8	8	18	14
Morphinismus	1	1	1	1	2	2
zusammen:	112	72	104	68	216	140

Hierbei ist besonders zu berücksichtigen, daß in der Gruppe „Schizophrenie“ sämtliche endogenen Geistesstörungen aufgeführt sind, einschließlich der sonst zum manisch-depressiven Kreise gerechneten Störungen. Es hat dies seine Ursache darin, daß schon in Ostpreußen und noch mehr in unserem Gebiete cyclothyme Persönlichkeiten äußerst selten sind und reine Formen von Manie oder Melancholie nie beobachtet werden konnten. Stets waren die schizophrenen Symptome so deutlich, daß wir uns zu der Diagnose manisch-depressives Irresein nicht entschließen konnten. Ich persönlich stehe zudem auf dem Standpunkt, der, wenn auch umstritten, von einigen Autoren geteilt wird, daß es eine echte „Manie“ als Psychose *nicht* gibt, sondern nur eine manische Exaltation cyclothymer Persönlichkeiten, daß dagegen bei vorkommenden psychotischen Zügen, sich diese auch stets dem Kreis der Schizophrenie einordnen lassen. Eine wissenschaftlich begründete Erörterung dieser Frage muß ich mir leider an dieser Stelle versagen. Zudem sind höchstens 5 solcher Fälle hier einbegriffen, während die übrigen sich auf die Rubriken Paralyse, symptomatische Psychosen und einmal bei einem Schwachsinnigen verteilten.

Die hohe Ziffer bei den Frauen unter den symptomatischen Psychosen erklärt sich durch eine ganze Reihe von Fällen von Puerperalpsychosen und klimakterischen Störungen.

Besonders erfreulich ist auch die sehr hohe Zahl von Entlassungen allerdings einschließlich knapp 7% Todesfällen. Wir sahen uns gezwungen, auch infolge der räumlichen Verhältnisse einen großen Teil

Kranker in Haus- und Familienpflege unterzubringen, die bei einem größeren Betriebe sicherlich noch zum Teil im Krankenhouse verblieben wären. 14 Kranke sind in einem weit entfernt liegenden Gutshof fast ohne ärztliche Aufsicht außer Kontrolle, unter der Pflege von Diakonen untergebracht, und vom Krankenhouse entlassen.

Die oben erwähnte Zahl von etwa 7% Todesfällen setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 2. *Todesursachen.*

	Männer	Frauen	Insgesamt
Schizophrene Erregungszustände, symptomat. . .	1	3	4
Alte Schizophrenien . . .	1 (Tbk. !)	2	3
Paralysen	1	2	3
Epilepsie	1	—	1
Tumor cerebri	1	—	1
Senile Demenz	—	1	1
Puerperale Sepsis	—	1	1
zusammen:		5	9
			14

Von 112 aufgenommenen Männern verstarben 5 = 4,5%,
 „ 104 „ Frauen „ 9 = 8,6%,
 „ insgesamt 216 Kranken somit 14 = 6,9%.

Die 3 weiblichen Todesfälle bei schizophrenen Erregungszuständen waren Kranke, von denen 2 in bereits äußerst gefährdetem Zustande aufgenommen wurden, die mit foudroyanten Erregungszuständen einhergingen und innerhalb weniger Tage trotz sorgfältigster Herzpflege zugrunde gingen. Ein besonderes Interesse beansprucht der dritte Fall, der zu denjenigen gehört, die unter dem Bilde einer ausgesprochen *psychogenen* Erregung zur Aufnahme kommen. Dieser Fall eines 18jährigen, sonst gesunden Mädchens, war vor Selbstbeschädigungen selbst durch Dauerbäder und Packungen nicht zu schützen und starb an einer allgemeinen Sepsis. Ein junger schizophrener Mann wurde mit weit vorgeschrittenener Lungentuberkulose aufgenommen, der er nach 3 Tagen erlag.

Trotz der starken Inanspruchnahme der Ärzte wurde und wird wissenschaftlich gearbeitet. Für Veröffentlichungen ist jedoch die kurze Zeit seit Eröffnen des Krankenhauses noch nicht ausreichend gewesen.

Unsere besondere Aufmerksamkeit richteten wir auf die Malaria-therapie der progressiven Paralyse, wobei zu bemerken ist, daß von 20 Paralysefällen nur 1 Mann im Verlauf der Malariabehandlung im Status verstarb, während die beiden paralytischen Frauen verstarben, ehe sie geimpft werden konnten. Auch die Erfolge und Mißerfolge bei der Impfung nicht paralytischer Kranke mit Malaria sind zusammengestellt worden.

Herr *Smalstys*, der Hausarzt des Krankenhauses beschäftigte sich besonders mit Beobachtungen beim Dauerschlaf mit verschiedenen Mitteln, insbesondere den dabei auftretenden Veränderungen, Temperaturschwankungen und Stickstoffausscheidung, ferner mit den Ergebnissen von Eigenblut- und Fremdblutinjektionen bei körperlichen und psychischen Störungen.

Die Encephalographie wurde ebenfalls zum Teil an unserem Material ausgeübt trotz der Schwierigkeiten bei der Röntgenaufnahme, die in anderen Krankenhäusern vorgenommen werden muß.

Bei einigen spinalen Fällen hatten wir Gelegenheit, die Liquorbehandlung auszuüben, allerdings konnten wir uns zu einer spezifischen, endolumbalen Behandlung nicht entschließen.

Zusammenfassend hat das Krankenhaus in der kurzen Zeit seines Bestehens seine Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erwiesen. Die Veröffentlichung des bisher vorliegenden Materials erschien mir gerechtfertigt wegen der besonderen Verhältnisse, unter denen das Krankenhaus eröffnet wurde und unter denen es arbeiten muß. Die Verhältnisse sind zum Teil so verschieden von denen größerer Anstalten, daß gänzlich neue Gesichtspunkte hervortraten, die auf allgemeines Interesse rechnen können. Trotz der kleinen Verhältnisse wurde von Anfang an darauf hingearbeitet, die modernen Erfahrungen der neuen Gründung zunutze zu machen. Es wurde auch absichtlich die Bezeichnung „Psychiatrisches Krankenhaus“ „Klaipėdos Krašto Psichiatrinė Ligoninė“ (litauisch) gewählt, ganz im Sinne meines hochverehrten früheren Chefs, Geheimrat *E. Meyer*-Königsberg, dessen Schule ich meine Erfahrungen auf dem Gebiete der Geisteskrankenpflege verdanke. Durch diese Bezeichnung wird die sicherlich heute überlebte Bezeichnung „Heil- und Pflegeanstalt“ umgangen und damit zum Ausdruck gebracht, daß es sich bei unserem Material, den elendesten und hilflosesten Kranken, eben *auch um Kranke handelt und nicht um Gefangene*. Auch in unserem Gebiet hat sich die Schaffung eines Irrengesetzes, wie es in den letzten Jahren, auch für Preußen erstrebt wird, als unnötig erwiesen. Die beteiligten Behörden sind an Hand der vorhandenen polizeilichen Bestimmungen stets in der Lage gewesen, Konflikten zu begegnen. Durch weitgehende Freiheit der internierten Kranken können Klagen wegen Freiheitsberaubung fast stets vermieden werden und sind auch in unserem Krankenhouse nie vorgekommen.

Durch die Eröffnung des Krankenhauses ist das Gebiet ausreichend für die Pflege und Behandlung seiner Geisteskranken versorgt und das Haus bereits zu einem unentbehrlichen Faktor im Gesundheitswesen des Memellandes geworden.
