

Aus der Niedersächsischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen  
(Direktor: Prof. Dr. G. EWALD).

## **Neuropsychiatrische Erkrankungen bei deutschen Kriegsgefangenen in USA im Lichte statistischer Betrachtungen.**

Von  
**J. GOTTSCHICK.**

*(Eingegangen am 22. Mai 1950.)*

Im Gegensatz zum ersten Weltkrieg scheint im Anschluß an den zweiten das Problem neuropsychiatrischer Erkrankungen bei Kriegsgefangenen doch ein verstärktes Interesse wachgerufen zu haben, wie zahlreiche in- und ausländische Veröffentlichungen zeigen (BACHET, CARROT und BACHET, COCHRANE, FUNK, IN DER BEECK, MALLISON und WARREN, PETER, ROMMELSPACHER u. a.). Das ist völlig berechtigt, denn kaum ein anderes Beobachtungsmaterial ist so geeignet, dem Problem der Psychogenie eindeutige Unterlagen zu liefern, wie ein an Kriegsgefangenen gewonnenes. Neben der Schwierigkeit, Einblicke in das Seelenleben von Kriegsgefangenen zu erlangen, haftet aber den meisten derartigen Mitteilungen noch ein weiterer Nachteil an: sie beruhen auf unsystematisch gewonnenen Eindrücken und eignen sich damit schlecht zum Vergleichen. Zahlenmäßige Angaben sind jedoch schwer zu erlangen, wie das schon Veröffentlichungen aus dem ersten Weltkriege beweisen, auf die noch näher einzugehen sein wird. Nun soll der Wert rein eindrucksmäßiger Beurteilungen gewiß nicht verkannt werden, besonders dort nicht, wo Zahlenangaben von vornherein fehlen. Wenn etwa FUNK das psychische Verhalten der in Rußland gefangenen deutschen Soldaten rein eindrucksmäßig schildert, so ist es immerhin aufschlußreich, daß es sich mit dem der deutschen Kriegsgefangenen in USA (GOTTSCHICK) doch im Prinzip deckt. Auch ohne statistische Unterlagen wird man zunächst daraus schließen können, daß es eigentlich nicht der Hunger war, der dieses Verhalten diktierte, denn die deutschen Kriegsgefangenen in USA haben nur kurze Hungerperioden durchgemacht, in denen es nicht zu so schweren körperlichen Symptomen kam wie bei den von FUNK beobachteten Kriegsgefangenen; die psychische Grundhaltung der Kriegsgefangenen in diesem Kriege war wohl doch durch gemeinsame, in ihrem psychophysischen Mechanismus noch nicht ganz geklärte Momente bedingt, und bei den Kriegsgefangenen FUNKS wird der Hunger nur verstärkend mitgewirkt haben.

Gerade solche Behauptungen und Gegenbehauptungen machen es aber klar, wie notwendig es wäre, zum Vergleich zahlenmäßige Angaben bei der Hand zu haben. Günstige Umstände brachten es mit sich, daß bei der hier besprochenen Krankengruppe einige solche Zahlen vorliegen.

*Beobachtungsmaterial und Deutungsverfahren.*

Die Krankheitsfälle entstammen zum Teil der neuropsychiatrischen Abteilung des Kriegsgefangenenhospitals Glennan Gen. Hosp., Okla., die während meiner Tätigkeit dort vom 15. Oktober 1944 bis 12. Juni 1945 mit zeitweise über 300 Kranken belegt war. An diesem Datum wurden 200 Kranke, die wegen der Schwere ihrer Erscheinungen zur baldigen Heimsendung ausgesucht waren, ins Mason Gen. Hosp., Long Island, verlegt. Diese Kranken werden im folgenden als *Alt Kranke* bezeichnet und stellen somit ein nach der Schwere ausgelesenes Material dar. In Mason, wo die Abteilung neu errichtet wurde, kamen bis zum 18. Juni 1946 weitere 398 Kranke hinzu, die im folgenden als *Neukranke* bezeichnet werden; sie sind wohl der Hauptteil aller nach Juni 1945 in Lagern noch einer neuropsychiatrischen Behandlung bedürftigen deutschen Kriegsgefangenen.

Über diese 598 Kranken liegen die Listen der Haupt- bzw. Entlassungsdiagnosen vor. Aus der Diagnoseliste kann an Hand der Kriegsgefangenennummer herausgefunden werden, wer von den Kranken vor oder nach dem 6. Juni 1944 in Kriegsgefangenschaft geraten war. Die vorher Gefangenen, hauptsächlich Angehörige des ehemaligen Afrikakorps, sollen als *Altgefangene*, die später hinzugekommenen als *Neugefangene* bezeichnet werden. Das Material läßt sich also in 4 Vergleichsgruppen einteilen, und zwar:

- a) altgefangene Alt Kranke,
- b) altgefangene Neukranke,
- c) neugefangene Alt Kranke und
- d) neugefangene Neukranke.

Der Vergleich dieser Gruppen untereinander und mit Krankengruppen anderer Herkunft erfolgt nach den üblichen statistischen Methoden unter Berücksichtigung der Prozentzahler, der mittleren Fehler  $m$  der Prozentzahlen, der Unterschiede der Prozentzahlen und der mittleren Fehler der Unterschiede  $m_{diff}$  von Prozentzahlen. Die Methoden zur Errechnung dieser Werte finden sich in jedem Lehrbuch der Statistik.

Natürlich können durch Vergleiche dieser 4 Gruppen untereinander und mit anderen Krankengruppen, besonders unter ausschließlicher Berücksichtigung der Diagnose, nicht alle erwünschten Fragen geklärt werden. Eine psychiatrische Diagnose enthält viele Unsicherheitsfaktoren (das wird sich gerade im folgenden noch deutlicher herausstellen), und das besonders unter Kriegsgefangenen-Bedingungen. Daher muß auch darauf aufmerksam gemacht werden, daß sich Alt- und Neukranke nicht nur durch den Auslesefaktor unterscheiden, sondern

wahrscheinlich auch noch durch einen Wechsel des diagnostischen Standpunktes: bei den Altkranken würden die Diagnosen hauptsächlich von amerikanischer Seite gestellt, und auch wir deutschen Ärzte hielten uns weitgehend an die reinen Erscheinungsbilder; bei den Neukranken haben wir von der Erfahrung, die uns durch die Beobachtung insbesondere psychotischer Gefangener zugute kam, Nutzen zu ziehen versucht, auch wurde uns in Mason volle diagnostische (und therapeutische) Freiheit gelassen.

Es soll nun nachzuprüfen versucht werden,

1. in welcher Häufigkeit neuropsychiatrische Erkrankungen bei deutschen Kriegsgefangenen in USA im zweiten Weltkriege im Vergleich mit anderen Gruppen, insbesondere der Zivilbevölkerung und nicht-gefangenen Soldaten, vorkamen;

2. wie sich die Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen auf die deutschen Kriegsgefangenen im Vergleich mit anderen Krankengruppen verteilt, und

3. ob die Länge der Kriegsgefangenschaft einen Einfluß auf die neuropsychiatrischen Krankheitsformen bei unseren Patienten ausgeübt hat.

Zur Erörterung der Fragen 2 und 3 waren die im folgenden angegebenen Zahlen in 3 Tabellen (1—3) zusammengestellt worden. Ihre Wiedergabe muß aus Gründen der Raumersparnis unterbleiben. Empfänger von Sonderdrucken erhalten hektographische Vervielfältigungen dieser Tabellen, deren wesentlicher Inhalt leicht aus dem Text ersehen werden kann.

#### *Die relative Häufigkeit neuropsychiatrischer Erkrankungen bei deutschen Kriegsgefangenen.*

Außer den hier behandelten 598 Krankheitsfällen sind etwa weitere 200 bereits in Glennan entlassen (und nicht wieder aufgenommen) oder von dort heimgeführt worden. Da sowohl Glennan wie auch Mason neuropsychiatrische Hauptbeobachtungszentren für deutsche Kriegsgefangene in USA waren, schätze ich, etwa 80% solcher Krankheitsfälle selber gesehen zu haben. Man könnte also mit etwa tausend Fällen von Nerven- und Geisteskrankheiten bei deutschen Kriegsgefangenen in USA rechnen, eine Zahl, die möglicherweise zu niedrig ist.

Nach inoffiziellen Angaben in USA-Zeitungen und einer freundlichen Mitteilung, die mir auf eine Anfrage vom Genfer Roten Kreuz gemacht wurde, haben sich in USA etwa 370 000 deutsche Kriegsgefangene befunden<sup>1</sup>. Demnach hätte die relative Häufigkeit neuropsychischer Erkrankungen bei deutschen Kriegsgefangenen in USA etwa 0,27% betragen, das sind 27 Fälle auf 10 000 Kriegsgefangene.

Nach einer Statistik der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater für das Jahr 1935 (NITSCHÉ), übrigens der letzten vor dem

<sup>1</sup> In der älteren Arbeit hatte ich 390 000 Kriegsgefangene in USA und dementsprechend 0,26% angenommen. Welcher dieser beiden Werte der Tatsache am nächsten kommt, ist wohl belanglos.

Kriege, die genaue Zahlenangaben enthält, waren Ende 1935 in öffentlichen, privaten und charitativen Anstalten und psychiatrischen und Nervenkliniken Deutschlands 159 447 Kranke untergebracht, eine Zahl, die man auf 160 000 erhöhen kann, da 4 Anstalten keine Angaben gemacht hatten. Auf die Gesamtbevölkerung Deutschlands von 1933 mit 74 Millionen umgerechnet ergibt das 22 Kranke je 10 000 der Bevölkerung. Für die vorhergehenden Jahre fehlen genaue Angaben, doch gibt GALLUS für 1930 in preußischen Anstalten 26,24 und für brandenburgische Anstalten 23,66 Kranke je 10 000 Einwohner an, Zahlen, welche den obigen sehr nahe kommen.

Diese Zahlen sind aber mit den bei Kriegsgefangenen gefundenen nicht ohne weiteres vergleichbar. Unter unseren Kriegsgefangenen waren nur jene Jahrgänge vertreten, die üblicherweise das Hauptkontingent neuropsychiatrischer Fälle liefern (unser jüngster Patient war ein 16jähriger Flakhelfer), außerdem fehlen die Frauen, die doch der Statistik aus der Gesamtbevölkerung ein gewisses Gepräge verleihen. Weiterhin sind in unserer Zahl von 1000 neuropsychiatrischen Fällen unter den Kriegsgefangenen auch jene enthalten, die nur kurze Zeit in Beobachtung waren und unter anderen Umständen entlassen worden wären, wohingegen die obige Zahl der deutschen Statistik nur den Endbestand von 1935 berücksichtigt. Man muß also die Zahl von 1000 Kranken bei Kriegsgefangenen mit den im Jahre 1935 in Behandlung gewesenen Kranken, also Bestand nebst Abgängen, und davon nur die männlichen erwachsenen Kranken berücksichtigen, und die Zahl aller Kriegsgefangenen mit der männlichen Erwachsenenbevölkerung Deutschlands vergleichen, um brauchbare Schlüsse ziehen zu können. Setzt man nun Krankenbestand und Abgänge von 1935 (nur erwachsene Männer) in Beziehung zur männlichen Erwachsenenbevölkerung von 1933 (etwa ein Drittel von 73 Millionen = 24 Millionen), so erhält man etwa 36 männliche erwachsene Kranke in Deutschland von 1935 auf etwa 10 000 der männlichen Erwachsenenbevölkerung. Berücksichtigt man auch die Zeitdauer — 12 Monate der Bevölkerungsstatistik, 20 Monate der Kriegsgefangenenstatistik — so ergibt sich, daß *unter deutschen Kriegsgefangenen in USA neuropsychiatrische Erkrankungen viel seltener vorgekommen sind als in der Bevölkerung, der sie entstammen.*

Für Soldaten des ersten Weltkrieges hat HOCHÉ die Wahrscheinlichkeit für eine neuropsychiatrische Erkrankung mit 2:1000 geschätzt, und für Angehörige der früheren k.u.k.-Armee hat STIEFLER bei den Kämpfen um Przemyśl die Zahl von 22 Fällen je 10 000 Mann der an den Kämpfen beteiligten Truppen angegeben. Das sind zwar niedrigere Werte als die bei unseren Kriegsgefangenen gefundenen, nicht aber, wenn man wieder die Zeitdauer berücksichtigt (STIEFLERS Beobachtungen stammen aus 11 Monaten). *Es scheinen damit neuropsychiatrische Erkrankungen bei*

*deutschen Kriegsgefangenen in USA auch seltener als bei einer allerdings nur bedingt verwertbaren Vergleichsgruppe nichtgefangener Soldaten (Zahlenangaben aus dem zweiten Weltkriege liegen für die frühere deutsche Wehrmacht ja nicht vor) aufgetreten zu sein.*

Gründe für diese Unterschiede sind nicht schwer zu finden. Daß Kriegsgefangene seltener als Zivilisten an nervösen und seelischen Leiden erkranken, mag an den Musterungsuntersuchungen liegen, die sich also auch in der früheren deutschen Wehrmacht im fünften Kriegsjahre noch auswirkten, als an die Auswahl keine besonders großen Anforderungen mehr gestellt werden durften. Wenn aber Kriegsgefangene auch seltener neuropsychiatrische Erkrankungen aufzuweisen haben als nichtgefangene Frontsoldaten, so muß die Ursache des Unterschiedes in den unterschiedlichen Lebensbedingungen beider Gruppen gesucht werden. Über diese beiden Ursachenkomplexe können Vergleiche der Häufigkeiten der einzelnen Krankheitsformen nähere Auskunft geben.

#### *Die relative Häufigkeit der einzelnen Krankheitsformen.*

Die folgenden Zahlenangaben über die Krankheitsformen, ihre Häufigkeiten usw. bei unseren 598 Kranken sind einer tabellarischen Zusammenstellung (nichtveröffentlichte Tab. I) entnommen. Bei der Diagnosestellung mußte auf eine dienstlich vorgeschriebene Liste von Krankheitsbezeichnungen Rücksicht genommen werden, doch bot diese in Zweifelsfällen genügend Ausweichmöglichkeiten.

Zum Vergleich mit unseren Kriegsgefangenen eignet sich als Krankengruppe einer Zivilbevölkerung am besten die Aufstellung von NITSCHÉ. Auch eine amtliche Statistik aus USA aus dem Jahre 1923, die sich bei WOYTINSKI findet, kann herangezogen werden, vor allem, um die amerikanische diagnostische Einstellung, die ja bei unseren Kranken doch eine wesentliche Rolle spielte, zu berücksichtigen. Was die Verhältnisse bei einer im Kampf eingesetzten Soldatengruppe anbelangt, so sind für einen Vergleich wohl die Angaben von STIEFLER, wenn auch aus dem ersten Weltkrieg stammend und ein gemischt-völkisches Material enthaltend, noch am brauchbarsten. Zahlenmäßige Angaben über Kriegsgefangene finden sich nur aus dem ersten Weltkriege bei PILCZ (und teilweise auch bei SPLIEDT) und berücksichtigen natürlich nichtdeutsche Kriegsgefangene.

Es ist nun klar, daß die Aufstellungen in diesen 4 Statistiken einer gewissen Umformung bedürfen, bevor sie mit den unserer Kriegsgefangenen verglichen werden können. Der Hauptgrund ist, daß in allen 4 oft verschiedene Krankheitsbezeichnungen für offenbar gleiche oder ähnliche Erkrankungen gebraucht werden und somit bestimmte Krankheitsformen in unterschiedliche Krankheitsgruppen eingereiht worden sind. So kommt z. B. in der USA-Statistik eine Krankheits-

bezeichnung Melancholie neben dem manisch-depressiven Irresein vor, die in der deutschen Statistik und bei STIEFLER fehlt, während PILCZ darunter die depressive Form der Cyclophrenie (wir gebrauchen diesen Ausdruck LANGE-EICHBAUMS im folgenden an Stelle von manisch-depressivem Irresein) gemeint ist. In der nichtveröffentlichten Tab. 2 war versucht worden, die einzelnen Krankheitsgruppen der 4 Statistiken so nebeneinanderzustellen, wie sie zusammenzugehören scheinen. Auf weitere Umgruppierungsmöglichkeiten wird im Text noch öfter hingewiesen werden müssen.

Offenbar liegen die Ursachen der Unterschiede in den 4 Statistiken selten darin, daß es sich um 4 verschiedene Materialgruppen handelt, daß also z. B. bei den Kriegsgefangenen von PILCZ Amentialkranke wirklich vorkamen, die in den anderen Gruppen fehlten, sondern meist darin, daß die diagnostischen Standpunkte der Autoren verschieden waren. Das ist ein Übel, das sich bei unserer heutigen unvollkommenen Einsicht in den Mechanismus nervös-seelischen Krankheitsgeschehens noch nicht beseitigen läßt, das aber statistische Vergleiche in der Psychiatrie erheblich erschwert. Es empfiehlt sich daher äußerster Vorsicht bei Zahlenvergleichen verschiedener Beobachter. Es wäre aber sicherlich verkehrt, diese Vorsicht in völligen Verzicht ausarten zu lassen. Auf der anderen Seite muß betont werden, daß es nicht Aufgabe der statistischen Methode ist, die Grenzen von Aussagen festzulegen, bevor das Material für eine statistische Bearbeitung gesichtet und vorbereitet ist.

Bei einem Vergleich der relativen Häufigkeiten ist nun zweierlei zu berücksichtigen:

In unserem Material stellen nur die Neukranken eine unausgelesene Gruppe dar, sie eignen sich also auch in erster Linie zu einem Vergleich. Um aber die Altkranken nicht völlig zu vernachlässigen, werden in Klammern auch stets die Zahlenverhältnisse bei allen 598 Kranken, in denen die Altkranken ja enthalten sind, angeführt.

Bei Vergleichen von Verhältniszahlen aus Gesamtgruppen muß andererseits berücksichtigt werden, daß ein relatives Ansteigen der einen Krankheitsgruppe natürlich stets mit einem relativen Abfallen anderer Krankheitsgruppen einhergeht. Wenn also z. B. bei Kriegsgefangenen irgendeine Krankheitsform verhältnismäßig häufiger vorkommt als bei Zivilisten und nichtgefangenen Soldaten, so braucht das nicht ohne weiteres Folge der krankheitsfördernden Umstände der Kriegsgefangenschaft zu sein, sondern kann einfach daher rühren, daß bei Kriegsgefangenen andere, bei den Vergleichsgruppen häufige Krankheitsformen seltener anzutreffen sind oder ganz fehlen. Nur unter Berücksichtigung dieses Umstandes gelten folgende Grundsätze:

Krankheitsformen, die bei Kriegsgefangenen seltener sind als bei Zivilisten, sind das wahrscheinlich infolge der Auslesevorgänge bei den Musterungsuntersuchungen. Krankheitsformen aber, die bei Kriegsgefangenen noch seltener sind als bei nichtgefangenen Soldaten, sind das wohl infolge günstigerer Lebensbedingungen bei Kriegsgefangenen.

Umgekehrt sind Krankheitsformen, die bei Kriegsgefangenen häufiger vorkommen als bei nichtgefangenen Soldaten, durch die Kriegsgefangenschaft begünstigt, und zwar besonders dann, wenn sie sogar häufiger als in Zivilbevölkerungen vorkommen.

### *Diagnostische Hauptgruppen.*

Unter Kriegsgefangenen seltene Krankheitsformen sind zunächst einmal jene, die durch höheres Lebensalter bedingt werden oder die sich bereits im vordienstpflichtigen Alter zeigen. Sie sind meist auch bei nichtgefangenen Soldaten selten anzutreffen. Dazu gehören die *Alterspsychosen*. In unserem Material kommen sie nur in  $1,0 \pm 0,5$  ( $1,3 \pm 0,46$ ), bei PILCZ gar nicht (oder höchstens als arteriosklerotische Demenz in  $1,1 \pm 0,6\%$  der Fälle) vor, aber auch bei STIEFLER waren sie selten ( $0,9 \pm 0,5\%$ ). Sowohl bei deutschen wie auch bei amerikanischen Zivilisten traten sie mit mehr als 5% auf. Ähnlich ist es mit den *Schwachsinnszuständen*, die bei unseren Kriegsgefangenen nur in  $1,3 \pm 0,57$  ( $1,2 \pm 0,44$ )% vorkamen. Wenn PILCZ schon  $4,2 \pm 1,2\%$  fand, so mag das teilweise an dem andersartigen Menschenmaterial gelegen haben, einer Bedingung, die zum Teil auch bei STIEFLER mit  $8,8 \pm 1,5\%$  zutrifft. Auch das sind Zahlen, die weit unter den 21,2% der deutschen Anstaltsstatistik liegen. Wenn in USA-Anstalten nur der geringe Satz von 5,4% Schwachsinniger aufgenommen worden ist, so rührt das wohl eher davon, daß dort solche Kranke weniger in psychiatrischen Anstalten untergebracht werden, als von einer geringeren Häufigkeit von Schwachsinnszuständen in der USA-Bevölkerung.

Die Seltenheit anderer Krankheitszustände bei Kriegsgefangenen, wie der HUNTINGTONSchen Chorea, die überhaupt nur in der deutschen Statistik angeführt ist, aber auch der *Psychosen bei organischen Hirnleiden*, der *Suchten* und *Vergiftungen*, beruht daneben auf der absoluten Seltenheit solcher Erkrankungen. Was die Vergiftungen anbelangt, so darf man sich nicht wundern, wenn sie bei Kriegsgefangenen noch seltener vorkommen als bei nichtgefangenen Soldaten, denn Kriegsgefangene haben ja noch weniger Gelegenheit, an Rauschgifte und Noxen heranzukommen als die Angehörigen der beiden Vergleichsgruppen. Ausnahmen bilden bei Kriegsgefangenen nur Sanitätsdienstgrade und Ärzte, und wir hatten tatsächlich in Mason Gelegenheit, eine schizophorme Brompsychose bei einem Sanitätsoffizier zu beobachten, über den an anderer Stelle berichtet wird.

Besondere Aufmerksamkeit erfordern der *Alkoholismus* und die *luischen Psychosen*. AWTORATOW fand bei russischen Soldaten während des russisch-japanischen Krieges im Charbiner Hospital unter den Kranken in 13,4% (bei Offizieren sogar in 40%) Alkoholabusus als Ursache der Störungen, was die Häufigkeit bei deutschen Zivilisten mit 3,7% und sogar die in der USA-Zivilbevölkerung mit 5,3% weit übertrifft. Das mag teilweise an völkischen, zum Teil aber auch an Zeitumständen liegen: Während der früheren Kriege ist wohl Alkohol öfter in gesundheitsschädlichen Mengen genossen worden als während des letzten Krieges. Auch STIEFLER fand Alkoholabusus in  $9,7 \pm 1,6\%$  und MEYER sogar in 16% der Fälle. Bemerkenswert ist, daß auch PILCZ bei nicht-deutschen Kriegsgefangenen noch in  $1,5 \pm 0,7\%$  Alkoholabusus als Krankheitsursache angetroffen hat. Das sind zwar erheblich weniger, aber es ist immerhin noch ein Hundertsatz, während SPIEDT unter 114 psychotischen Kriegsgefangenen keinen beobachtet zu haben scheint. Auch bei uns fehlt diese Krankheitsgruppe. In USA war es für Kriegsgefangene kaum möglich, an gesundheitsschädliche Alkoholmengen heranzukommen, obwohl viel schwarz gebrannt und öfter der zu kosmetischen Zwecken verkaufte Isopropylalkohol getrunken wurde.

Einige Fälle von Erblindungen und ein Fall von Rauschzustand bei einem schweren Psychopathen sind mir in Glennan zur Kenntnis gelangt. Ganz fehlten also alkoholische Störungen auch bei deutschen Kriegsgefangenen in USA nicht.

Die *Lues* scheint in früheren Kriegen ebenfalls viel häufiger Ursache psychischer Störungen bei Soldaten gewesen zu sein als heute. AWTOKRATOW fand bei seinen Kranken *progressive Paralyse* in 10,9% bei Offizieren und in 4,3% bei Soldaten. Das sind Zahlen, die sich etwa an die 6,6% bei deutschen Zivilisten und 6,0% bei der USA-Zivilbevölkerung halten, während MEYER 3,5% Paralytiker, hingegen STIEFLER nur  $1,2 \pm 0,5\%$  Geistesstörungen bei Hirnlues unter nichtgefangenen Soldaten beobachtet haben. Die Häufigkeit der Paralyse scheint sich aber bei den Kriegsgefangenen des vorigen Weltkrieges etwa in den für Zivilbevölkerungen geltenden Grenzen gehalten zu haben, wenn PILCZ  $6,4 \pm 1,5\%$  und SPLIEDT  $9,7 \pm 2,8\%$  hauptsächlich bei russischen Kriegsgefangenen angetroffen haben. Bei unseren Kriegsgefangenen fanden wir *progressive Paralyse* nur in  $0,8 \pm 0,45$  ( $1,0 \pm 0,4$ )%; der Hauptgrund für diese geringen Zahlen dürfte der seit dem ersten Weltkrieg erzielte gewaltige Fortschritt in der Erkennung und Behandlung luischer Erkrankungen sein. LILLENSTEINS Ansicht, daß die geringere Häufigkeit von Kriegsgefangenenpsychosen teilweise auf den Fortfall des Alkohols und die sexuelle Abstinenz zurückzuführen sei, trifft also höchstens für die früheren Kriege zu.

Die Krankheitsform der *Epilepsie* ist bei unseren Kriegsgefangenen ebenfalls selten mit  $0,8 \pm 0,45$  ( $0,5 \pm 0,28$ )%, während sie sowohl bei deutschen wie USA-Zivilisten und den Soldaten früherer Kriege (bei STIEFLER  $9,3 \pm 1,6\%$ , bei AWTOKRATOW sogar 4,88% bei Offizieren und 27,9% bei Mannschaften) öfter beobachtet wurde. Wenn sie demnach bei PILCZ in  $3,0 \pm 1,0\%$  und bei SPLIEDT in  $7,0 \pm 2,4\%$  auftritt, scheint das nicht weiter verwunderlich.

Für die Frage, ob und welche Lebensumstände neuropsychiatrische Erkrankungen fördern können, sind jene *Krankheitsformen* von besonderer Bedeutung, die bei Kriegsgefangenen selten, bei nichtgefangenen Soldaten aber häufig, und zwar noch häufiger als bei Zivilisten, vorkommen.

Hierher gehören die Erschöpfungspsychosen, die bei STIEFLER mit  $14,6 \pm 1,9\%$  das Hauptkontingent ausmachen, in den beiden Zivilgruppen aber und bei Kriegsgefangenen (auch bei SPLIEDT und in unserem Material) fehlen. Eine Erörterung der Frage, wann neuropsychiatrische Störungen als Folge einer körperlichen Erschöpfung angesehen werden können, erübrigt sich hier, sie ist in der Literatur des ersten Weltkrieges ausführlich behandelt worden. Nach den ganzen Lebensbedingungen der Kriegsgefangenen in USA war von vornherein zu erwarten, daß derartige Störungen nur selten und höchstens unter besonderen Umständen auftraten. Es wäre interessant zu erfahren, ob bei anderen Kriegsgefangenenengruppen aus dem letzten Kriege die Verhältnisse anders gelegen haben. Wenn BONHOEFFER im ersten Weltkriege bei frisch gefangenen Serben schwerste Erschöpfungszustände gesehen hat, so ist natürlich daran die Kriegsgefangenschaft als solche unbeteiligt.

Ähnliches gilt von den *symptomatischen Psychosen*. STIEFLER fand die hohe Zahl von  $9,7 \pm 1,6\%$ , während sie in den Kriegsgefangenenengruppen von PILCZ und SPLIEDT und bei uns ganz fehlen; STIEFLERS



hohe Zahl mag übrigens daher rühren, daß seine Soldaten unter besonders ungünstigen Bedingungen (eingeschlossene Festung) kämpften und Infektionskrankheiten weniger zu vermeiden waren, als es im letzten Kriege bei allen Truppenteilen und Heeren der Fall war. Andererseits werden symptomatische Psychosen häufig auf internistischen Fachabteilungen behandelt und geraten oft nur dann in die Hände des Psychiaters, wenn das organische Grundleiden erkannt wird. So war es bei einem unserer Fälle in Glennan, wo die psychiatrische Diagnose zwar frühzeitig richtig gestellt, die krankheitsverursachende Askariasis aber leider erst kurz ante exitum nachgewiesen werden konnte.

Diejenige Krankheitsform, über deren Häufigkeit im ersten Weltkriege am meisten geschrieben wurde, deren seltenes Auftreten bei Kriegsgefangenen aber schon damals allgemein auffiel, ist die traumatische bzw. *posttraumatische Neurose*. Wenn sie bei unseren Kranken nur in  $1,3 \pm 0,52$  ( $0,8 \pm 0,36$ )% auftrat, so ist zu bedenken, daß sie im letzten Kriege bei Angehörigen der früheren deutschen Wehrmacht überhaupt selten vorgekommen ist. Die aus dem ersten Weltkrieg genannten Zahlen sind erheblich höher, schwanken aber stark unter dem Einfluß zeitlicher und örtlicher Verhältnisse. Während MEYER unter den Aufnahmen der Königsberger Psychiatrischen Klinik vom 7. August bis 7. September 1914 6% traumatische Neurosen fand, hat STIEFLER als neurologischer Berater bei einer Chirurgengruppe (es handelt sich um ein anderes Beobachtungsmaterial als das bisher erörterte) unter 208 neuropsychiatrischen Fällen  $18,4 \pm 2,6$ % gesehen. Bei Kriegsgefangenen im ersten Weltkriege sollen traumatische Neurosen besonders unter Austauschinvaliden gelegentlich vorgekommen sein, und auch wir sahen in Glennan derartige Kranke öfter eingewiesen werden, wenn die Nachricht vom Herannahen einer Austauschkommission eintraf; nach dem Waffenstillstand, also bei unseren Neukranken, wurden derartige Fälle selten in Hospitalbehandlung eingewiesen.

Wenden wir uns jetzt den großen Krankheitsgruppen zu, so ist an erster Stelle die *Schizophrenie* zu besprechen, die sowohl nach der deutschen wie der USA-Statistik die häufigste psychiatrische Erkrankung ist. Auch bei PILCZ marschiert sie an der Spitze der Häufigkeit. Auffallenderweise liegt die Schwankungsbreite der Häufigkeit Schizophrener bei unseren Kriegsgefangenen mit  $33,9 \pm 2,30$  ( $44,7 \pm 2,29$ )%, unter Berücksichtigung des dreifachen mittleren Fehlers, innerhalb des Bereiches der Häufigkeiten bei deutschen Zivilisten und den Kriegsgefangenen von PILCZ, während SPLIEDT bei Kriegsgefangenen erheblich mehr Schizophrenie (67,5—4,4%) gefunden hat. Auch bei USA-Zivilisten müßte man nach der amtlichen Statistik ein sicher häufigeres Vorkommen dieser Krankheitsform annehmen. Bei nichtgefangenen Soldaten hat aber STIEFLER mit  $10,8 \pm 1,7$ % erheblich weniger an-

getroffen, und auch andere Autoren berichten über ein selteneres Vorkommen von Schizophrenen unter Soldaten (MEYER 7,5%, AWTOKRATOW 3,4% bei Offizieren und 7,0% bei Mannschaften). Es ergibt sich also die auffallende Tatsache, daß die häufigste Psychose bei Soldaten erheblich seltener vorkommt, als bei der ihr zugehörigen Bevölkerungsgruppe (was für die Wirksamkeit der Musterungsuntersuchungen und gegen die krankheitsfördernde Wirkung von Strapazen und seelischen Erschütterungen spricht), während bei Kriegsgefangenen, einer Teilgruppe von Soldaten, die Schizophrenie mit einem Male wieder häufiger, fast so häufig wie bei Zivilisten, auftritt. Womit ist das zu erklären?

Zunächst wird einmal nachzuprüfen sein, ob es sich nicht um eine durch die Berücksichtigung von Verhältniszahlen vorgetäuschte Scheinzunahme handelt; es könnte ja sein, daß Schizophrene bei Kriegsgefangenen nur deshalb häufiger vorzukommen scheinen als bei nichtgefangenen Soldaten, weil bei ihnen andere neuropsychiatrische Erkrankungen seltener sind. Hierauf wird weiter unten noch einzugehen sein.

Sollte es sich aber erweisen, daß Schizophrene bei Kriegsgefangenen tatsächlich häufiger vorkommen, als bei nichtgefangenen Soldaten, so müßte man annehmen, daß die Kriegsgefangenschaft das Auftreten von Schizophrenien begünstige. Gegen eine solche Annahme werden sich alle jene wenden, die in der Schizophrenie eine Krankheitseinheit sehen, die zwar auf organisch-physiologisch noch nicht faßbaren Grundbedingungen beruht, aber schicksalhaft abläuft und durch keinerlei psychogene Momente beeinflußt wird. Könnte man dem Kriege als solchem und dem Frontsoldatenleben mit seinen mannigfaltigen körperlichen Beanspruchungen vielleicht noch einen begünstigenden oder auslösenden Einfluß auf einen derartigen Krankheitsprozeß zubilligen (was u. a. KREUSER in vorsichtiger Weise tat, WEILER aber ablehnte), so besteht eine solche Möglichkeit für Kriegsgefangene kaum, die unter besseren leiblichen Lebensbedingungen als ihre nichtgefangenen Kameraden leben und höchstens seelischen Belastungen ausgesetzt sind.

Bei der statistischen Behandlung des Schizophrenieproblems muß zunächst auffallen, daß selbst 2 Statistiken wie die deutsche von 1935 und die USA-Statistik von 1923, die beide weit über 100 000 Kranke umfassen und dabei noch ungefähr gleiche Menschengruppen, was die soziale und genetische Gliederung anbelangt, berücksichtigen, sehr verschiedene Zahlenverhältnisse enthalten. Es ist nicht anzunehmen, daß die Unterschiede auf der Differenz von 12 Jahren zwischen den beiden Statistiken beruhen, daß es also in der männlichen USA-Zivilbevölkerung von 1923 tatsächlich um etwa 33% mehr Schizophrene gegeben haben soll als 12 Jahre später. Wahrscheinlich kommt in der USA-Zivilbevölkerung die Schizophrenie kaum in erheblich anderen Häufigkeiten vor als in der europäischen. Der Unterschied dürfte eher in einer

unterschiedlichen diagnostischen Einstellung der Ärzte beider Länder liegen; es haben also wahrscheinlich 1923 die US-amerikanischen Ärzte öfter eine Psychose als Schizophrenie angesehen als die deutschen 1935! Natürlich besteht daneben noch die Möglichkeit, daß in USA nicht-schizophrene Erkrankungen relativ seltener in Anstaltsbehandlung kommen als in Europa.

Wir glauben, die Neigung der USA-Psychiater zur Schizophrenie-diagnose auch jetzt noch bemerkt zu haben, und wahrscheinlich hat sie sich auch auf die Häufigkeit der Schizophrenen in unserem Material ausgewirkt. Es hat sich also bei unseren 267 Fällen wahrscheinlich gar nicht immer um Schizophrenie im strengsten Sinne des Begriffes gehandelt. Aber auch die 39863 Kranken der deutschen Statistik waren wahrscheinlich nicht alle derartige Schizophrenie, denn auch bei den deutschen Anstaltsärzten dürfte die Neigung bestehen, unklare Psychosen ohne nachweisbaren organischen Hintergrund vorwiegend als Schizophrenien anzusehen, nachdem ein anderes Erklärungsprinzip für das Vorkommen von Sinnestäuschungen und Wahnideen bisher fehlt. Und ähnliches gilt wahrscheinlich auch von den Schizophrenen von PILCZ und SPLIEDT, bei denen die Schwierigkeiten einer psychiatrischen Diagnosestellung bei Kriegsgefangenen genau wie bei uns eine Rolle gespielt haben dürften.

Nun ist zu beachten, daß PILCZ  $11,7 \pm 2,0$  Kranke der Amentia zuordnet. Seit dem ersten Weltkrieg ist die Amentia als Krankheits-einheit meist abgelehnt worden, und man hat derartige Kranke entweder zu den symptomatischen Psychosen oder zu den Schizophrenien gerechnet. Auch die „periodischen Psychosen“, die bei PILCZ  $5,7 \pm 1,4\%$  unter Kriegsgefangenen ausmachen, sind später vielfach als Schizophrenien angesehen worden. Diese zusammen  $17,4\%$  zu den Schizophrenen von PILCZ in der Annahme zugezählt, daß andere Beurteiler diese Kranken als Schizophrenie angesehen hätten, ergäbe  $50,0 \pm 3,1\%$  Kranke, die vielleicht ähnliche Symptome geboten haben dürften wie unsere Schizophrenen. Diese Häufigkeit übersteigt die unsrige und nähert sich mehr der von SPLIEDT gefundenen, dessen Material in seiner Zusammensetzung dem von PILCZ weitgehend gleichen dürfte, der aber Amentia und periodische Psychosen nicht als Sonderformen anführt. Das könnte auf zeitbedingten wie anthropologisch-ethnischen Verhältnissen beruhen.

Auch unter unseren Fällen waren mehrere, auf die rein symptomatologisch zu gewissen Zeiten des Verlaufs der MEYNERTSche Ausdruck „Amentia“ gepaßt hätte oder die mit STIEFLER in eine Sonderform „halluzinoseartiger Psychosen“ hätten eingereiht werden können. Selbst wenn nun aber zu STIEFLERS Schizophrenien noch alle seine „halluzinoseartigen Psychosen“, die Hälfte seiner „psychogenen Geistesstörung“ (in der Annahme, daß nach den bei uns gehandhabten Grundsätzen etwa

diese Zahl als schizophren angesehen worden wäre) und die Hälfte seiner Erschöpfungspsychosen (aus demselben Grunde) hinzugerechnet werden, ergibt sich mit  $26,0 \pm 2,4\%$  eine Zahl, die auch unter Berücksichtigung des dreifachen Fehlers bei der Gesamtzahl unserer Kranken nicht in den Schwankungsbereich unserer Schizophrenien kommt, sondern nur bei den Neukranken. *Es scheinen also bei Kriegsgefangenen, selbst unter Berücksichtigung der diagnostischen Fehlermöglichkeiten, gewisse schizoforme Psychosen häufiger vorzukommen als bei nichtgefangenen Soldaten.*

Die *Cyclophrenie* (manisch-depressives Irresein KRAEPELINS) ist laut deutscher Statistik mit 2,5% in der Zivilbevölkerung selten, und auch bei nichtgefangenen Soldaten scheint diese Krankheitsform nach einigen Autoren (MEYER gibt 0,4%, AWTOKRATOW 1,72% für Mannschaften an) nicht häufig vorzukommen. STIEFLER fand allerdings mit  $7,3 \pm 1,4\%$  bei nichtgefangenen Soldaten etwa eine gleiche Häufigkeit wie SPLEDT mit  $7,8 \pm 2,5\%$  bei Kriegsgefangenen, und unsere Zahlen halten sich ebenfalls in dieser Höhe, während die USA-Statistik sogar 14,6% anführt. Es scheint sich bei den Unterschieden in diesen Zahlen einmal um den Einfluß der diagnostischen Einstellung, zum anderen aber auch um ein tatsächlich häufigeres Vorkommen depressiver Formen unter den Kranken bestimmter Gruppen zu handeln, deren anders als endogenes Entstehen man glaubt sich schlecht vorstellen zu können.

Die *Paranoia* KRAEPELINS wird von den meisten deutschen Fachleuten als eine sehr seltene Krankheitsform angesehen oder zu den psychopathischen Reaktionen gerechnet; in der deutschen Statistik sind diese Kranken wohl in den 2,1% „abnormen Reaktionen“ enthalten. Die USA-Psychiater grenzen gewisse paranoische Krankheitsformen unklarer Ätiologie, zu denen man deutscherseits noch die *Paraphrenie* zählen würde, als Sonderform „Psychosis, paranoid condition“ ab. Wenn bei unseren Kriegsgefangenen-Psychotischen die Häufigkeit dieser Krankheitsform mit  $3,3 \pm 0,89$  ( $3,7 \pm 0,77$ )% innerhalb des Schwankungsbereiches bei der USA-Zivilbevölkerung mit 4,8% liegt, während STIEFLER bei nichtgefangenen Soldaten nur  $0,9 \pm 0,5\%$  etwa dieser Krankheitsgruppe entsprechend chronische Wahnbildungen und PILCZ bei Kriegsgefangenen  $1,9 \pm 0,8\%$  (SPLEDT  $0,9 \pm 0,3\%$ ) Paranoia fand, so ist hierin wohl ein Einfluß des USA-diagnostischen Standpunktes bei unserem Material zu erblicken. Andererseits kamen bei unseren Kriegsgefangenen tatsächlich häufig paranoide Psychosen vor, die man nur unter einem gewissen Zwang als Schizophrenien ansehen konnte.

Die *Psychoreaktionen* (Psychoneurosen und psychogene Psychosen) stellen bei unseren Neukranken, der Gruppe, die wohl die Kriegsgefangenen-Verhältnisse am repräsentativsten wiedergibt, mit  $36,7 \pm 2,32\%$  die häufigste Krankheitsform dar. Auch bei STIEFLER kamen psychogene Psychosen mit  $12,8 \pm 1,8\%$  (die Neurosen sind in dieser Krankheits-

gruppe nicht mitenthalten) häufig vor, während bei PILCZ diese Krankheitsgruppe nur  $6,1 \pm 1,5\%$  umfaßt. In den Anstaltsstatistiken macht diese Krankheitsform mit 2,1% bei Deutschen nur einen geringen Satz aus, während sie in der USA-Statistik ganz fehlt.

Daß die *Psychopathen* mit  $11,5 \pm 1,6$  ( $8,4 \pm 1,12\%$ ) bei einer ausgelesenen Menschengruppe wie unseren Kriegsgefangenen so häufig vorkommen, während die deutsche Anstaltsstatistik nur 3,3%, PILCZ bei Kriegsgefangenen  $2,6 \pm 1,0\%$  und auch STIEFLER bei nichtgefangenen Soldaten nur  $5,9 \pm 1,8\%$  erwähnen, bedarf einer besonderen Erklärung. Unter zivilen Verhältnissen kommen wohl nur die schwersten Formen der Psychopathie in Anstaltsbehandlung. Psychopathische Persönlichkeiten werden aber durch die Musterungsuntersuchungen vom Wehrdienst nur selten ausgeschlossen und werden daher auch öfter den Anstrengungen des Soldatenlebens erliegen; allerdings scheint es besondere Formen von Psychopathien zu geben, die im Soldatenleben ihr richtiges Daseinselement finden. Darüber ist von Autoren des ersten Weltkrieges viel geschrieben worden (ASCHAFFENBURG, BONHOEFFER, CIMBAL, JOLLY, LAUDENHEIMER, LIPPIMANN, ROHDE, STELZNER, STRANSKY, TINTEMANN, WEYGANDT, WILMANNs u. a.). Dasselbe gilt auch von der Kriegsgefangenschaft. Allerdings hatten bei den in USA-Lagern herrschenden Verhältnissen Psychopathen leichter die Möglichkeit, wegen irgendwelcher Auffälligkeiten in psychiatrische Beobachtung zu gelangen, als es im Zivilleben der Fall gewesen wäre. Das dürfte der Hauptgrund unserer verhältnismäßig großen Psychopathenzahl sein.

#### *Diagnostische Untergruppen.*

Die häufigste *Unterform der Schizophrenie* bei unseren Kriegsgefangenen ist die paranoide mit  $50,5 \pm 4,30$  ( $48,0 \pm 3,05\%$ ) aller Schizophrenen. Erst in weitem Abstand folgen *Katatonie* und *Hebephrenie* mit untereinander ungefähr gleichgroßen Häufigkeiten. Ganz andere Zahlenverhältnisse traf PILCZ bei nichtdeutschen Kriegsgefangenen: bei ihm machten die Paranoiden nur  $12,8 \pm 3,6\%$ , die Hebephrenen  $27,9 \pm 4,8\%$  und die Katatonen gar  $59,3 \pm 5,3\%$  aller Schizophrenen aus. Bei schizophrenen nichtgefangenen Soldaten fand PILCZ hingegen die Paranoiden und Hebephrenen mit  $41,5 \pm 3,3\%$  gleich häufig, und die Katatonen waren nur mit  $17,0 \pm 2,6\%$  vertreten. Auch STIEFLER traf bezüglich der Hebephrenen mit  $32,4 \pm 7,7\%$  und Katatonen mit  $18,9 \pm 6,4\%$  bei nichtgefangenen Soldaten ungefähr ähnliche Verhältnisse wie PILCZ, während er den Rest aufteilt in 13,2% Dementia simplex, 10,8% depressive Schizophrenie, 8,1% depressiv-paranoide Schizophrenie und 16,2% Paranoide. Die 3 letzten Unterformen zusammengezählt entsprechen mit  $35,1 \pm 7,8\%$  wohl den paranoiden Formen von PILCZ und unserer Aufstellung.

Von den Autoren des ersten Weltkrieges ist die Hebephrenie verschiedentlich als die häufigste Unterform der Schizophrenie bei Soldaten bezeichnet worden (STIEFLER, BONHOEFFER u. a.). Die Tatsache, daß in unserer Schizophreniegruppe die paranoiden Psychosen so stark vertreten sind, drückt unserem Material einen besonderen Stempel auf. *Schon rein statistisch ergibt sich daher für unsere deutschen Kriegsgefangenen in USA*, was bereits anderenorts auseinandergesetzt wurde (GOTTSCHICK), *daß für sie eine Häufung von Wahnkranken kennzeichnend war.*

Bei der *Cyclophrenie* ist in unserem Material das Überwiegen der depressiven Form mit  $78,0 \pm 7,95$  ( $70,0 \pm 6,56$ )% so gewaltig, daß selbst bei der geringen Anzahl hierher gehöriger Fälle und dem sich daraus ergebenden großen Fehler dieser Befund statistisch als gesichert angesehen werden muß. Aber auch bei STIEFLER machen die Depressiven  $84,0 \pm 5,3\%$  und bei PILCZ sogar  $92,3 \pm 5,7\%$  der Cyclophrenen aus, obwohl es vielleicht zweifelhaft ist, ob letzterer unter seinen Melancholien „endogene“ Depressionen verstanden hat. Das Überwiegen depressiver Formen der Cyclophrenie scheint daher nicht nur für Kriegsgefangene typisch zu sein.

Bezüglich der *Psychoreaktionen* ist die Seltenheit traumatischer Neurosen bereits erwähnt worden. Aber auch die übrigen neurotisch-psychogenen Krankheitsformen, wie Hysterie und Neurasthenie, waren bei uns selten, so daß sich weitere Vergleiche erübrigen. Bei weitem die häufigste Psychoreaktion war bei unseren Kriegsgefangenen jene, die oft in psychotische Grade ausartete und dann an „endogene“ Psychosen denken ließ: Die Angstreaktion und die reaktive Depression. Diese beiden Formen machten fast 60% der Psychoreaktionen aus und gehörten mit zu den häufigsten Krankheitsformen mit einem bestimmten Symptomengepräge. Sie werden an Häufigkeit nur von der paranoiden Form der Schizophrenie und den Psychopathien übertroffen.

Die Häufigkeit reaktiver Depressionen der Psychoreaktionen zusammen mit den häufigen depressiven Formen der Cyclophrenie erweckten bei unseren Kranken zusammen mit den Angstneurosen und der paranoiden Form der Schizophrenie den Eindruck, als ließen sich bei unseren Kranken charakteristische psychotische Syndrome aufstellen, die für Kriegsgefangene wenigstens unter den gegebenen Umständen, kennzeichnend seien. Aus einigen Krankheitsberichten, die an anderem Orte mitgeteilt sind, geht das deutlicher hervor, doch wird auf die statistische Seite dieses Problems noch zurückzukommen sein.

*Die Abhängigkeit einzelner neuropsychiatrischer Krankheitsformen  
von der Dauer der Kriegsgefangenschaft.*

Nachdem sich unser Krankenmaterial in die beiden Gruppen der Alt- und Neugefangenen einteilen läßt, von denen die erstere die Kriegs-

gefangenschaft länger erduldet hat als die letztere, ist es interessant zu vergleichen, ob die beiden Kriegsgefangengruppen bei den einzelnen Krankheitsformen unterschiedlich vertreten sind. Man kann daraus ersehen, ob die Dauer der Kriegsgefangenschaft die eine oder andere Krankheitsform begünstigt. Eine zweite Möglichkeit der Beweisführung bietet ein Vergleich der relativen Häufigkeit der Altkriegsgefangenen bei einzelnen Krankheitsformen mit ihrer relativen Häufigkeit unter allen Kriegsgefangenen in USA. Da es sich bei den Altgefangenen hauptsächlich um Angehörige des ehemaligen Afrikakorps handelte, diese aber mit ungefähr 90 000 Kriegsgefangenen etwa 20—25% aller deutschen Kriegsgefangenen in USA ausmachten, sind alle Krankheitsformen unseres Materials, bei denen die Altgefangenen mehr als 20—25% ausmachen, wahrscheinlich durch die Kriegsgefangenschaft begünstigt worden.

Allerdings darf man nicht zu deutliche Unterschiede erwarten. Unter unseren neugefangenen Kranken sind viele, die erst nach längerer Kriegsgefangenschaft erkrankt sind als altgefangene. So konnte es vorkommen, daß z. B. ein Altgefangener nach 18 Monaten, etwa Anfang Januar 1945, erkrankte, ein Neugefangener aber ebenfalls nach 18 Monaten, etwa März 1946, beide aber doch in verschiedene Altersgruppen bezüglich der Kriegsgefangenschaft hineingerieten; derartige Umstände können die statistischen Unterschiede natürlich ausgleichen. Gesicherte statistische Daten über den Einfluß der Dauer der Kriegsgefangenschaft könnten nur Angaben aus den Krankenpapieren bieten, die leider nicht vollständig vorliegen. Immerhin dürften auch Zahlenunterschiede von geringerer Differenz als dem dreifachen mittleren Fehler zum mindesten hinweisend sein, wenn sie bei Alt- und Neukranken gleichsinnig gefunden werden. Weiterhin muß darauf hingewiesen werden, daß die Altgefangenen ein ausgesuchteres Menschenmaterial darstellen, von dem zu erwarten wäre, daß es den Bedingungen der Kriegsgefangenschaft besser widerstehen könne als die Neugefangenen.

#### *Die relative Häufigkeit einzelner Krankheitsformen bei Alt- und Neugefangenen.*

Wir beschränken uns hier auf die Besprechung der häufigeren Krankheitsformen. Die Unterschiede der Häufigkeit sind nirgends größer als die dreifachen Fehler der Differenz, wohl aber gelegentlich größer als die einfachen Fehler der Differenz.

Bei *Schizophrenen* überwiegen die Neugefangenen die Altgefangenen um einen Betrag von mehr als  $m_{diff}$ , während bei den Altkranken der Unterschied nur gering, aber gleichsinnig ist. Neugefangene scheinen also „schizophreniegefährdeter“ als die ausgelesene Menschengruppe der Altgefangenen (trotz durchschnittlich längerer Kriegsgefangenschaft) gewesen zu sein. Umgekehrt waren *psychoreaktive Krankheitsformen* bei Altgefangenen häufiger als bei Neugefangenen, und zwar um einen Betrag von mehr als 2  $m_{diff}$  bei den Gesamtgruppen und von mehr als  $m_{diff}$  bei den Alt- und Neukranken.

Bei den Untergruppen sind die Unterschiede nicht so deutlich und bei alt- und neugefangenen Alt- und Neukranken oft entgegengesetzt.

Die *paranoide Schizophrenie* ist nur bei den Altkranken der Altgefangenen um mehr als  $m_{diff}$  häufiger als bei Neugefangenen, bei den Neukranken dagegen annähernd gleich häufig. *Katatonie*, *Hebephrenie* und *Dementia simplex* kommen dagegen fast regelmäßig und gleichsinnig bei Neugefangenen häufiger, wenn auch selten um mehr als  $m_{diff}$ , vor. Bei den *psychoreaktiven Krankheitsformen* ist die Häufigkeit bei altgefangenen Kranken stets größer als bei neugefangenen mit Ausnahme der seltenen Neurasthenie und posttraumatischen Form, bei denen die Verhältnisse umgekehrt liegen. Mit den bei der paranoiden Schizophrenie gefundenen Verhältnissen steht in Einklang, daß auch *Paranoia* und *Paraphrenie* bei altgefangenen Kranken etwas häufiger als bei neugefangenen vorkam. Auch bei der Cyclophrenie ist die depressive Form bei Altkranken etwas häufiger als bei Neukranken, während bei diesen umgekehrt Manische und Zirkuläre etwas häufiger waren.

*Der relative Anteil der Altgefangenen  
an der Häufigkeit einzelner Krankheitsformen.*

Der Anteil der altgefangenen Kranken ist bei den meisten Krankheitsformen größer als dem Anteil von 20—25% der Altgefangenen an der Gesamtheit der Kriegsgefangenen entspricht (nicht veröffentlichte Tab. 3). Allerdings sind die Fehler infolge der geringen absoluten Werte so groß, daß nur selten 20—25% übrig bleiben, wenn man 3  $m$  abzieht. Dazu gehört die Gesamtheit der Schizophrenen bei den Altkranken und sämtlichen Kranken sowie die *paranoide Schizophrenie* bei diesen Gruppen, die Gesamtzahl der Psychoreaktionen bei allen 3 Krankengruppen und die reaktiven Depressionen bei Neukranken und allen Kranken. Auch unter der Gesamtzahl der Kranken nehmen die Altgefangenen einen höheren Anteil ein, als ihrem wahrscheinlichen Beitrag zu allen Gefangenen entspricht, und zwar in allen 3 Gruppen.

*Die Deutung der statistischen Befunde.*

Wenn wir auch für die Errechnung der relativen Häufigkeit von neuropsychiatrischen Erkrankungen bei deutschen Kriegsgefangenen in USA von Vermutungswerten ausgehen mußten, können wir es doch als wahrscheinlich ansehen, daß bei unseren Gefangenen nervöse und psychische Erkrankungen seltener vorgekommen sind als bei der Bevölkerung, der sie entstammten. Wahrscheinlich waren sie auch seltener als bei nichtgefangenen Soldaten des ersten Weltkrieges; Vergleiche mit deutschen nichtgefangenen Wehrmachtsangehörigen aus dem letzten Kriege können nicht angestellt werden, da hierüber Zahlenangaben fehlen. Erfahrungsgemäß sind aber neuropsychiatrische Leiden bei deutschen Soldaten im letzten Kriege sehr selten vorgekommen, was insbesondere auf das Konto der traumatischen Neurosen geht, die



diesmal besonders selten waren. Könnte man sich auf den eigenen Eindruck verlassen, würde man sagen, daß im letzten Kriege auch die anderen nervösen und psychischen Leiden bei Soldaten selten waren. Im Verlauf einer dreijährigen Tätigkeit als Truppenarzt und in Sanitätseinrichtungen zweier verschiedener Divisionen habe ich beispielsweise nicht den hundertsten Teil der neuropsychiatrischen Erkrankungen gesehen, wie in 20 Monaten Kriegsgefangenschaft, obwohl mir jeder derartige Fall zur Kenntnis gebracht wurde, so daß mich die Häufigkeit solcher Erkrankungen bei Kriegsgefangenen später beeindruckte. Anderen deutschen Ärzten, die von der Größe unserer Krankenabteilung in USA Kenntnis hatten, ging es ähnlich. Und doch kann dieser Eindruck trügen — zum mindesten sind seine Lehren unbefriedigend. Es wäre daher dringend erwünscht, an Hand von genauen Zahlenangaben Unterlagen über die Häufigkeit neuropsychiatrischer Erkrankungen in der früheren deutschen Wehrmacht im letzten Kriege zu erhalten.

Sicherer scheinen unsere Feststellungen über die einzelnen Krankheitsformen bei Kriegsgefangenen zu sein. Es ist von vornherein zu erwarten, daß in der Kriegsgefangenschaft hauptsächlich psychogene oder neurotische Krankheitsformen eine Häufung erfahren, und für die psychogenen ist das oben auch mit Bestimmtheit festgestellt worden: Psychoreaktionen kamen bei unseren Kriegsgefangenen relativ häufiger vor als bei Zivilisten und nichtgefangenen Soldaten (allerdings solchen des ersten Weltkrieges), und sie waren es vor allem auch, die sich mittels beider Vergleichsverfahren als durch die Länge der Gefangenschaft begünstigt erwiesen. Wenn demgegenüber auch die als „endogen“ entstandenen gedachten Psychosen bei Kriegsgefangenen relativ häufiger vorzukommen scheinen als bei nichtgefangenen Soldaten, bei denen sie der Erwartung entsprechend seltener als bei Zivilisten angetroffen wurden, so bedarf das einer weiteren Nachprüfung.

Zunächst könnte man meinen, es handle sich hier um die bereits mehrfach erwähnte Scheinzunahme. Berechnet man aber in der Annahme, daß die (nicht veröffentlichte) Tab. 1 60% der bei deutschen Kriegsgefangenen in USA vorgekommenen Erkrankungszahlen enthalten, aus dieser Tabelle die absoluten Werte und setzt sie zu der Anzahl der Kriegsgefangenen in USA in Beziehung, so ergeben sich die relativen Häufigkeiten der einzelnen Krankheitsformen bei deutschen Kriegsgefangenen in USA. Das ist in Tab. 4 für Schizophrenie und Cyclophrenie geschehen, und zum Vergleich sind nach den Angaben STIEFLERS und der deutschen Anstaltsstatistik die entsprechenden Werte in derselben Weise errechnet.

Es ergibt sich, daß Schizophrenie bei Kriegsgefangenen in USA fünfmal so häufig vorgekommen sind als bei nichtgefangenen Soldaten des ersten Weltkrieges, bei deutschen Zivilisten fast siebenmal so häufig, während

bei den Cyclophrenen keine wesentlichen Unterschiede bestehen. Beachtet man noch den Zeitfaktor, so sind die relativen Häufigkeiten für Kriegsgefangene, nichtgefangene Soldaten und Zivilisten immer noch wie 3:1:7, während sich die Werte für Cyclophrene erst recht ausgleichen.

Tabelle 4. *Relative Häufigkeit der Schizophrenen und Cyclophrenen unter den Angehörigen aller*

	370 000 deut- scher Kriegs- gefangener	155 000 kuk Soldaten	24 Millionen Zivilisten
Schizophrenie . . . . .	0,120%	0,024%	0,167%
Cyclophrene . . . . .	0,022%	0,016%	0,013%

Es gibt nur eine befriedigende Erklärung für die Zunahme der Schizophrenen bei unseren und den Kriegsgefangenen der Autoren des ersten Weltkrieges: unter dem Einfluß der Kriegsgefangenschaft ist es zu psychogenen Psychosen oder zu Neuroseformen von psychotischem Gepräge gekommen, die als Schizophrenien diagnostiziert worden sind.

Rein erfahrungsgemäß gelangten wir seinerzeit zu der Ansicht, daß sich, besonders in der letzten Zeit unserer Tätigkeit in USA, ein bestimmter Typ von Psychotischen unter unseren Kriegsgefangenen bevorzugt herausbilde, bei dem ängstlich-depressive Züge verbunden mit Sinnestäuschungen und Beziehungsideen ganz umschriebener Art, nämlich deutlich von dem Hintergrunde des Gefangenseins sich abspielend, das Erscheinungsbild beherrschten. Statistisch ist die Berechtigung dieser Ansicht nur an Hand der Diagnosetabellen schwer nachzuweisen, weil diese gewisse altbekannte Syndrome in den Vordergrund stellen, die Krankheitsbilder bei unseren Kriegsgefangenen aber bunte Gemische von Teilsyndromen waren. Oft fiel die Entscheidung schwer, ob man eine ängstliche Psychose nun als paranoide Schizophrenie oder als Psychoreaktion auffassen, wie auch, ob man einen stuporösen Zustand als Symptom einer Katatonie oder einer Depression ansehen solle. Man kann aber alle paranoiden, depressiven und ängstlichen Krankheitsfälle unseres Materials nach folgenden Gesichtspunkten zusammenstellen und dabei einigermaßen sicher sein, keinen überschen zu haben, der zu dieser eigenartigen „Färbung“ beigetragen haben könnte:

Zu den Paranoiden werden gezählt: alle paranoid Schizophrenen, alle Fälle von Paranoia und Paraphrenie und die Hälfte der Involutionspsychosen, letztere in der Annahme, daß etwa diese Anzahl hauptsächlich Wahnsymptome entwickelt habe.

Zu den Depressiven werden gezählt: alle „endogenen“ und reaktiven Depressionen, die Hälfte der Involutionspsychosen und der Katatonen in der Annahme, daß es sich bei diesem Anteil in Wirklichkeit um depressive Zustände gehandelt hat (was die Weiterbeobachtung, nachdem

die Entlassungsdiagnose schon festgelegt war, in vielen Fällen tatsächlich bestätigte).

Die Angstzustände werden für sich angeführt, da sie meist paranoid-depressive Züge zugleich neben dem Angstsyndrom boten.

Aus der so zustande gekommen Tab. 5 ist zu ersehen, daß paranoid-ängstlich-depressive Psychosen bei unseren Kriegsgefangenen in über 50% der Fälle vorgekommen sind. Dabei ist stets zu bedenken, daß die meisten Paranoiden gleichzeitig ängstlich-depressiv, die meisten Depressiven gleichzeitig paranoid-ängstlich und viele Ängstliche paranoid-depressiv waren.

Tabelle 5. *Anzahl und relative Häufigkeit der Kranken mit paranoiden, depressiven und ängstlichen Symptomen.*

Symptomgruppe	Neukranke			Alle Kranken		
	Anz.	%	m	Anz.	%	m
Paranoide Kranke . . . . .	83	20,9	2,03	154	25,8	1,78
Depressive Kranke . . . . .	88	22,1	2,08	131	21,9	1,69
Ängstliche Kranke . . . . .	32	8,0	1,34	35	5,8	0,93
Zusammen . . . . .	203	51,0	2,50	320	53,5	2,01

Berücksichtigt man noch, daß  $46,0 \pm 2,49$  ( $56,2 \pm 2,48$ )% unserer Kranken schwerpsychotisch waren (die Schwerpsychotischen waren allerdings unter Neugefangenen häufiger als unter Altgefangenen), so ist aus dieser statistischen Betrachtung neuropsychiatrischer Erkrankungen in der Kriegsgefangenschaft, wie aus klinischen Beobachtungen (GOTTSCHICK) der Schluß zu ziehen, daß psychogene und neurotische Psychoseformen von einem Schweregrad und unter einem Symptombild auftreten können, die „endogene“ Krankheitsformen vortäuschen. Ja sogar richtig schizoforme Bilder können auf rein psychogen-neurotischem Wege zustandekommen. Sie stehen offenbar in Beziehung zu den „schizophrenen Reaktionstypen“ POPPERS und KAHNS.

#### *Zusammenfassung.*

Die statistische Bearbeitung einer geschlossenen Gruppe neuropsychiatrischer Krankheitsfälle bei deutschen Kriegsgefangenen in USA während des letzten Weltkrieges führte zu folgenden Ergebnissen:

1. Neuropsychiatrische Erkrankungen sind bei dieser Gruppe seltener vorgekommen als bei der Zivilbevölkerung, der sie entstammte, und wahrscheinlich auch seltener, als bei nichtgefangenen Soldaten des ersten Weltkrieges. Ob sie auch seltener als bei nichtgefangenen Soldaten des letzten Krieges waren, läßt sich mangels zahlenmäßiger Unterlagen für diese Vergleichsgruppe nicht sagen.

2. Psychogene psychotische Krankheitsbilder traten bei dieser Gruppe von Kriegsgefangenen relativ häufiger auf als bei der zugehörigen

Zivilbevölkerung oder bei nichtgefangenen Soldaten des ersten Weltkrieges. Die Länge der Kriegsgefangenschaft scheint die Ausbildung solcher Psychosen zu fördern.

3. Schizophrene oder schizoforme Krankheitsbilder traten bei deutschen Kriegsgefangenen in USA zwar seltener als bei der zugehörigen Zivilbevölkerung auf, aber etwa dreimal so häufig als bei einer Gruppe nichtgefangener Soldaten des ersten Weltkrieges. Da Beobachter aus dem ersten Weltkrieg auch damals bei Kriegsgefangenen verhältnismäßig häufiger schizophrene Psychosen gefunden haben, als zu erwarten war, die Kriegsgefangenschaft aber nur psychogen-neurotische Psychosen in ihrer Entwicklung begünstigen kann, wird angenommen, daß bei den Kriegsgefangenen des ersten Weltkrieges wie bei denen des letzten Krieges auf psychogenem und neurotischem Wege Psychosen entstanden sind, die den Eindruck „echter“ Schizophrenien erzeugten.

4. Das Auftreten wahnhaft-ängstlicher und gehemmt-stuporöser Bilder mag diesen Eindruck begünstigt haben.

#### Literatur.

- ASCHAFFENBURG: MmW, 1915. — AWTOKRATOW: Allg. Z. Psychiatr. 64 (1907). — BACHET: Le Bul. Med. Paris, 59 (1945). — BEER, IN DER: Nervenarzt, 19. Jhg., 1948. — BONHOEFFER: DmW, 1914. — Neur. Zbl. 35 (1936). — Mschr. Psychiatr. 46 (1919). — Handb. d. ärztl. Erfahrungen i. Weltkrieg 1914/18, Bd. IV, I. Teil, Leipzig 1922. — Nervenarzt, 18. Jahrg., 1947. — CARROT und BACHET: Ann. méd.-psychol. Paris, 104 (1946). — CIMBAT: Psychiatr.-neur. Wschr. 23/24 (1916). — COCHRANE: Lancet 1945. — Brit. med. J. 1946. — FUNK: Fortschr. Neur. 17 (1949). — GALLUS: Allg. Z. Psychiatr. 102 (1934). — GOTTSCHICK: Nervenarzt, 21. Jhg., H. 3, 1950. — HOCHÉ: Mschr. Psychiatr. 39 (1916). — JOLLY: MmW, 1915. — Arch. f. Psychiatr. 56, (1916). — KAHN: Z. Neur. 66 (1921). — KRETSER: Allg. Z. Psychiatr. 74 (1918). — LANGE-EICHBAUM: Genie, Irrsinn und Ruhm, München 1928. — LAUDENHEIMER: MmW, 1915. — LILIENSTEIN: Neur. Zbl. 34, 35 (1915). — LIPPMANN: Z. ärztl. Fortbild. 1915. — MALLISON und WARREN: Brit. med. J. 1945. — MEYER: DmW, 1914. — NITSCHÉ: Allg. Z. Psychiatr. 105 (1937). — PETER: Nervenarzt, 20. Jhg., 1949. — PILCZ: Psychiatr.-neur. Wschr. 49/50 (1918/19). — POPPER: Z. Neur. 62, (1920). — ROLFE: Z. Neur. 29 (1915). — ROMMELSPACHER: Arch. f. Psychiatr. 182 (1949). — SPLJEDT: Psychiatr.-neur. Wschr. 43/44 (1916/17). — STIEFLER: Jb. Psychiatr. 37 (1917); 38 (1918); 39 (1919). — STRANSKY: Wm. W. 1915. — TINTMANN: Allg. Z. Psychiatr. 73 (1917). — WEILER: Nervöse und seelische Störungen bei Teilnehmern am Weltkrieg. Leipzig 1933, 1935. — WEYGANDT: MmW. 1914. — MmW. 1915. — Med. Kl. 1914. — Neur. Zbl. 34 (1915). — WILMANN: Allg. Z. Psychiatr. 73 (1917). — WOYTINSKI: Die Welt in Zahlen, Berlin 1923.

Dr. J. GOTTSCHICK, Niedersächs. Landes-Heil- u. Pflegeanstalt, Göttingen.