

### Offene Fürsorge und psychische Hygiene in der Weimarer Republik: die zwei Gesichter eines sozialpsychiatrischen Versuchs

Hildebrandt, Helmut

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Hildebrandt, H. (1986). Offene Fürsorge und psychische Hygiene in der Weimarer Republik: die zwei Gesichter eines sozialpsychiatrischen Versuchs. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 10(3/4), 7-31. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-266171>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

# T H E M A T I S C H E    B E I T R Ä G E

## OFFENE FÜRSORGE UND PSYCHISCHE HYGIENE IN DER WEIMARER REPUBLIK:

## DIE ZWEI GESICHTER EINES SOZIALPSYCH- IATRISCHEN VERSUCHS

HELMUT HILDEBRANDT

### I. Einiges zum Begriff der psychischen Hygiene

Seit Mitte der zwanziger Jahre beginnt in der psychiatrischen Landschaft der Weimarer Republik zunehmend ein neues Konzept die Diskussion um die Behandlung der Irren zu prägen. Durch die Gründung eines Verbandes für "psychische Hygiene" und Herausgabe der Zeitschrift für psychische Hygiene vollzieht sich in der Psychiatrie ein Prozeß, der in anderer Form bereits auf verschiedenen Ebenen die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen beherrscht: die Frage der Prävention durch sozialpolitische und hygienische Maßnahmen. Der diesem Ansatz nachempfundene Ausdruck "psychische Hygiene" umfaßt dabei ganz heterogene Komponenten. Er stammt ursprünglich von dem amerikanischen Psychiater Ad. Meyer und wurde von ihm entwickelt, um die propagandistische Wirkung des ehemaligen Psychiatrieinsassen C.W. Beer zu unterstützen (vgl. R. Sommer 1928; E. Köhler 1977). Beer hatte 1908 das erste Mal sein Buch über seine eigenen Erfahrungen in amerikanischen Psychiatrien nebst Krankheitserlebnisberichten veröffentlicht, um aus ihnen eine Initiative in Richtung der Reform der psychiatrischen Versorgung abzuleiten. Von daher wird durch psychische Hygiene sowohl die Kritik an bestimmten Formen der Anstaltsbehandlung als auch die gesamte Frage der psychiatrischen Versorgung gemeint. Unter dem Eindruck der Überfüllung der amerikanischen Psychiatrien dient der Begriff aber ebenfalls einer Forcierung der Diskussion um eine mögliche Ursachentheorie der psychiatrischen Krankheitsformen, um aus ihr eine kausale Prophylaxe abzuleiten. Faßt man diese drei Aspekte etwas allgemeiner auf, so verbinden sich im Begriff der psychischen

Hygiene eine Neuorientierung im Bereich der Behandlung innerhalb der Anstalt, im Verhältnis zwischen Anstalt und außerhalb der Anstalten möglichen Behandlungsformen sowie der Neukonzeption der Verhinderung des Auftretens von psychischen Erkrankungen.

Die Bewegung für psychische Hygiene zeigt in den USA gemäß ihrem Ausgangspunkt starke Züge einer kritischen Selbsthilfe von Patienten und liberaleren Psychiatern. Anders sieht dies in ihrer Rezeption auf deutschem Boden aus. Hier gehen die Reformbestrebungen nicht von einem ehemaligen Patienten aus, sondern von dem seit langer Zeit auf dem Gebiet der psychiatrischen Behandlung und der Lehre der Psychiatrie tätigen R. Sommer. Sommers Initiative in Richtung einer psychischen Hygiene reichen bis in das Jahr 1907 zurück, wo er als Mittel gegen zu starke psychische Reizung (heute würde man "psychische Streßfaktoren" sagen) Ruhehallen konzipierte.

Die Bildung des Begriffs der "psychischen Hygiene" ist gewissermaßen ein verspätetes Produkt. Bereits seit Ende des 19. Jahrhunderts werden unter Wissenschaftlern der Begriff und die Aufgaben einer *s o z i a l e n* Hygiene diskutiert, die neben medizinischem Wissen auf Ergebnisse und Methoden der Nationalökonomie, Psychologie und Soziologie zurückgreift (vgl. A. Grotjahn 1908).

Das Aufgabengebiet der sozialen Hygiene wird in der Deskription von Häufigkeiten von Erkrankungen und krankheitserregenden Situationen je nach sozialer Lage und in der normativen Regelung der gesellschaftlichen Verhältnisse nach gesundheitspolitischen Gesichtspunkten gesehen. Der Vorschlag von Sommer, Ruhehallen gegen psychische Streßsituationen zu erbauen, ist dafür ein typisches Beispiel: deskriptiv baut er auf einem globalen Verständnis für das Verhältnis von psychischen Streßsituationen und psychischem Wohlbefinden auf, normativ reagiert er auf dieses Verständnis im Sinne einer präventiven und kurativen Maßnahme, die nicht den Ursprung der Streßfaktoren thematisiert.

Für die Weiterentwicklung der sozialen und psychischen Hygiene ist es deshalb wichtig, sich die sozialpolitische Konstellation zu vergegenwärtigen, in der sie auftritt. Anfang der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts setzt die deutsche Reichsregierung gegen den Block der Liberalen die Gesetzgebung für die Kranken- und Unfallversicherung, später auch der Invalidenversicherung durch (vgl. R. Baron 1979). Sie drückt damit die bereits in betrieblichen "Sozialeinrichtungen" feststellbare Tendenz aus, daß die Reproduktion der in den Großbetrieben beschäftigten Arbeiter im wachsenden Maße als Teilaufgabe der Kapitalverwertung begriffen wird (vgl. A. Geck 1935). Gleichzeitig konstituiert die Sozialgesetzgebung durch Datenerfassung, Mittelakkumulation und Entscheidungsspielraum so etwas wie einen Klassenkompromiß zwischen Kernarbeitern und Kapital, der wissenschaftlicher Gestaltung zugänglich ist. Durch Datener-

fassung bei den Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherungen, weil erstmals gezielte statistische Korrelationen zwischen Beruf, Krankheiten, Einkommen möglich werden (vgl. F. Prinzing 1920). Durch Mittelakkumulation, weil die regelmäßigen und relativ hohen Verpflegungssätze der Krankenkassen neue Planungsdaten für den Krankenhausbau und die Krankenhausausrüstung setzen und zur Projektierung einer ganzen Reihe von eigenen Anstaltsbauten (z.B. Lungenheilstätten bei den Rentenversicherungen) führen. Durch Entscheidungsspielraum, weil innere Konstruktion der Krankenkassen und die Existenz freier Gelder für die Gesundheitspolitik selber wiederum ein Bedürfnis nach wissenschaftlicher Auswertung und Planung erwecken. Erstmals wird damit (und natürlich auch durch die sozialhygienischen Maßnahmen der Gemeinden) der Grundstein für eine materielle und ideelle Integration von sozialwissenschaftlichen Intellektuellen in die Klassenperspektive des Kapitals gelegt, der sich in der Folge durch eine wachsende Zahl von Forschungen auf sozial- und gesundheitspolitischem Gebiet ausdrücken wird. Der Begriff der "sozialen Hygiene" bringt den Charakter dieser Integration zum Ausdruck: Als Hygiene zählt der neue Wissenschaftszweig zu den Naturwissenschaften und teilt ihre klassenspezifische Unparteilichkeit. Als soziale Hygiene überträgt er diese auf das Gebiet gesellschaftlicher Verhältnisse und beansprucht damit eine wissenschaftliche Position, die sich ideologisch überparteilich gibt. Das Gebiet der Sozial- und Gesundheitspolitik erscheint so als erstes Feld, wo die Sozialwissenschaften die Seite der Kapitalverwertung im Gewand der Wertfreiheit vertreten, einige Zeit bevor die Arbeitswissenschaften ein weiteres Feld dafür abstecken.

Für die psychische Hygiene gilt, daß durch Sommers Kontaktaufnahme mit Beer seine Bestrebungen um eine hygienespezifische Erweiterung der psychologischen und psychiatrischen Theorien auf die konkreteren Bahnen der psychiatrischen Versorgung gelenkt werden (vgl. den Leitartikel der Herausgeber der Zeitschrift für psychische Hygiene 1928). Denn die von Beer geäußerte Kritik an dem Zustand der psychiatrischen Versorgung trifft auch im Deutschen Reich auf fruchtbaren Boden. 1928 trifft sich das erste Mal der neu gegründete Verband für psychische Hygiene in Hamburg. Er kann sich der Aufmerksamkeit der in diesem Bereich Arbeitenden gewiß sein. Das dokumentiert sich schon daran, daß die Zeitschrift des Verbandes durch die Redaktion der "Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" mitbearbeitet und mitverlegt wird. Denn die "Allgemeine Zeitschrift" ist Deutschlands traditionsreichste Fachzeitung für Psychiatrie. Er kann sich der Aufmerksamkeit der Fachwelt aber auch deshalb bewußt sein, weil die psychiatrische Versorgung im Deutschen Reich sich in der Krise befindet: steigende Bestandszahlen, stagnierend hohe Verpflegungskosten und wachsende Krisenten-

denzen der für die Psychiatrie zuständigen Bezirks- und Landeshaushalte zeigen, daß die alte Form der Anstaltsverwahrung an innere Grenzen gestoßen ist.

## II. Die Hintergründe für die Diskussion um die psychische Hygiene

### 1. Entwicklungstendenzen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung

Um das Auftauchen und die Entwicklung der professionellen Diskussion um psychische Hygiene zu verstehen, bedarf es einer Orientierung über das Paradigma der psychiatrischen Versorgung, das praktisch über ein halbes Jahrhundert die deutsche Psychiatrie geprägt hat. Man findet seinen Inhalt in den verschiedenen Lehrbüchern der Psychiatrie, zumeist als letztes Kapitel über das "Irrenhaus" oder die Behandlung "Irrer" (vgl. z.B. H. Laehr 1852; R. v. Krafft-Ebing 1897; E. Kraepelin I 1909). In kurzen Worten wiedergegeben, können drei Hauptmomente herauskristallisiert werden, die die institutionelle Umgehensweise mit den Irren prägen:

- 1) Der einzige Behandlungsort für Irre ist die psychiatrische Klinik.
- 2) Je früher ein Irrer in diese eingewiesen wird, um so höher sind seine Heilungschancen.
- 3) Jede Entlassung von Irren ist nur bei äußerster Vorsicht angebracht, denn das gesellschaftliche Umfeld der Irren wird entweder seine Krankheit wieder zum Ausbruch bringen, oder die nach wie vor latente Krankheit bedeutet, daß der Irre zur Bedrohung seiner Umwelt wird.

Die Entstehung dieses Paradigmas reicht bis in die Anfänge des 19. Jahrhunderts zurück. Seine Durchsetzung begleitet die Konstitution der Psychiatrie als eigenes Feld medizinisch orientierter Theoriebildung und sozialpolitisch motivierter Ausgrenzung. Spätestens in der Mitte des 19. Jahrhunderts zeigt diese neue Umgehensweise mit dem Faktum des Irreseins, daß sie in der Lage ist, bestimmte gesellschaftliche Interessen zu artikulieren. Anders wäre ihre immer effizientere Umsetzung nicht zu erklären, die zu wachsenden Bestands- und Aufnahmezahlen der Psychiatrie führt. Beide Zahlen müssen auf dem Hintergrund des angesprochenen Paradigmas notwendig wachsen: die Aufnahmezahlen, weil die Behandlung nur innerhalb der Psychiatrie für möglich erklärt wird, die Bestandszahlen, weil jeder Irre potentiell ein Risiko für sich oder seine Umwelt darstellt.

Nach dem Ersten Weltkrieg gerät genau dieses Muster in eine ernste Krise, da die Irrenzahlen trotz Anstrengungen im Bereich der Anstaltserweiterung den Bestand an Betten übersteigen. Die innere Krise des ehemaligen Verwahrungsmodells der Psychiatrie kann in zwei Tabellen verdeutlicht werden. Die erste Tabelle

zeigt die Zunahme des Bestandes an verpflegten Irren seit 1882, die Zahl der Verpflegungstage und den überschüssigen Spielraum, der innerhalb der bestehenden Psychiatrien noch hätte genutzt werden können. Die zweite Tabelle zeigt die in allgemeine Krankenhäuser eingelieferten Irren. Sie gibt damit den Druck auf die Psychiatrien wieder, da ein größerer Teil der eingelieferten Irren aus den allgemeinen Krankenhäusern in die Psychiatrien überwiesen wurde.

Psychiatrische Verpflegungsraten Deutsches Reich

Jahr	Aufnahmen	Verpfl. Irre	Auslastung
1882	16611	52684	91.91
1892	26644	80845	-
1902	46514	148725	91.02
1910	62434	205881	90.81
1922	85419	193348	79.16
1924	89961	204139	83.94
1926	119062	252793	89.99
1928	141610	290045	91.19
1930	148505	307944	90.94

(Quellen: Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt 1 (1886), Medizinal-Statistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt (1893 ff), Statistisches Jahrbuch des deutschen Reiches. Zum Vergleich: von 1882 bis 1910 entspricht einer knappen Versechsfachung der Irrenbestandszahl eine Steigerung der Bevölkerung um 33%. Eine direkte Verwendung der Tabelle ist nur für bestimmte Zeiträume möglich, weil die Zählungsgrundlagen z.B. von 1902 an erheblich verändert wurden. Für diese wie auch für alle weiteren Tabellen gilt, daß der Einbruch um 1918 sich zum Teil durch Gebietsverluste des Deutschen Reiches nach dem Ersten Weltkrieg erklärt.)

Aufnahmezahlen der allgemeinen Krankenhäuser  
in der Klassifikationsgruppe "Geisteskranke"

Jahre	allgemein	"geisteskrank"
1880-82	1556141	15970
1892-94	2658383	24202
1902-04	3933945	37310
1911-13	6545706	47339
1920-22	7506397	37036
1926-28	9430503	49111

(Quellen: siehe oben)

Beide Tabellen dokumentieren die sprunghafte Steigerung der Irrenzahlen in dem Zeitraum von 1882 bis 1928; sie zeigen weiterhin, daß durchgreifende Veränderungen innerhalb des psychiatrischen Systems notwendig erscheinen, um die Verpflegungszahlen nicht in astronomische Höhen zu treiben. Gleichgültig, wie man zu dem Ursprung dieser steigenden Irrenzahlen steht, ob man sie, wie zeitgenössische Beobachter, als wachsende Akzeptanz der Anstalten in der Bevölkerung, oder ob man sie, wie D. Blasius (1982) in neuerer Zeit, als Ergebnis wachsender

staatlicher Kontrolle und Einlieferung, oder ob man sie, wie hier favorisiert werden würde, als Ergebnis krankheitserregender oder krankheitsfördernder Prozesse kapitalistischer Vergesellschaftung ansieht<sup>1</sup>, auf jeden Fall erscheint der Weg in die Psychiatrie bis weit ins 20. Jahrhundert als Einbahnstraße, da es praktisch kein professionelles Behandlungsmuster außerhalb der Anstalten gibt.

Eine mögliche Konsequenz aus diesem Zusammenhang ist die innerhalb der Bewegung für psychische Hygiene diskutierte offene Fürsorge, die das Feld zwischen Psychiatrie und "normalem" gesellschaftlichen Feld besetzen soll. Vor der Einlieferung als präventive Beratung, um den Aufnahmedruck zu senken, nach der Entlassung als Hilfestellung bei der Wiedergewinnung gesellschaftlicher Lebensverhältnisse. Die offene Fürsorge ist insofern nicht als Produkt eines wohlwollenden Psychiaters aufzufassen, sie ist das Ergebnis einer Krise der psychiatrischen Versorgung, und sie trägt, wie sich zeigen wird, in ihrer inneren Entwicklung alle die Widersprüche in sich, die diese Krise der psychiatrischen Versorgung begleiten.

## 2. Ein verändertes Krankheitsmodell

Die offene Fürsorge und psychische Hygiene wären aber sicherlich nicht derart schnell akzeptiert und umgesetzt worden, wenn mit ihr nicht auch Änderungen im theoretischen Ansatz der Psychiatrie verbunden gewesen wären. Tatsächlich bringt die Bewegung für psychische Hygiene eine veränderte Konzeption für den psychiatrischen Krankheitsbegriff zum Ausdruck. Die theoretische Tradition der somatischen Psychiatrie, die von M. Jacobi über W. Griesinger, H. Neumann, K. Kahlbaum bis hin mit Einschränkungen zu E. Kraepelin führt, ist zu sehen als ein Ansatz, der auf einem strikten Kausalmodell zwischen Wesen und Erscheinung, zwischen

1 In den neueren Veröffentlichungen ist es durchgängige Tendenz, die Steigerungen der Irrenzahlen aus der wachsenden Repression des Staatsapparates zu erklären, womit gleichzeitig das schwierige Problem, ob die psychiatrischen Formen als medizinische Krankheiten anzusehen sind, umgangen wird. Für mindestens eine Gruppe der "Geistes"krankheiten dürfte sich aber der Beweis liefern lassen, daß sie Ergebnis der kapitalistischen Durchdringung des gesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsprozesses ist: für die progressive Paralyse. Relativ konstante Abgrenzung dieser Krankheitsgruppe seit dem frühesten Stadium der Irrenstatistik und gleichzeitig Zahlen und Untersuchungen über die Ausbreitung der Syphilis in den kapitalistischen Ländern sowie über ihre gesellschaftlichen Ursachen lassen den Schluß zu, daß hier gesellschaftliche Verhältnisse unmittelbar auf die Entstehung und Ausbreitung einwirken (z.B. Haustein 1926; Dick 1878; Buchholz 1899). Immerhin wachsen die Aufnahmen von Kranken mit progressiver Paralyse bis 1890 nicht nur absolut, sondern auch in Relation zu den übrigen Formenkreisen, um gegen Ende des 19. Jahrhunderts auf einem Niveau von um die 13,5% aller Aufnahmen zu stagnieren (vgl. die Medizinal-Statistischen Mitteilungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1893 ff).

Ursache der Krankheit und Symptombild aufbaut (vgl. H. Hildebrandt 1986; W. de Boor 1954). Die Differenzen innerhalb dieser Tradition liegen einzig in dem Optimismus, mit dem an die Gewinnung des analytischen Rahmens für die Erforschung der Krankheitsursache herangegangen wird, sowie in der Meinung über die dafür notwendigerweise zugrunde zu legende Komplexität des theoretischen Rahmengerüsts. Spätestens durch Kahlbaum wird es aber zum gängigen Ansatz für diese Forschungstradition der Psychiatrie, daß die klinische Beobachtung nicht nur von Zustandsbildern auf somatische Ursachen schließen dürfe, sondern daß erst die Einheit des Krankheitsverlaufs die Einheit der Krankheitsursache garantiere.

Mit R. v. Krafft-Ebing, H. Schüle und P.J. Möbius setzt eine neue Konzeption der psychiatrischen Ursachentheorie ein, die die Konzentration auf zwei große Ursachengruppen mit sich bringt: endogen und exogen (vgl. A. Mechler 1963; J.P. Möbius 1892). Für die exogenen Krankheiten wird der alte Ursachenbegriff mit gewissen Modifikationen aufrechterhalten. War früher die Einheit des klinischen Verlaufsbildes die Voraussetzung, um auf die Einheit des somatischen Krankheitsprozesses zu schließen, bildet nunmehr die Gleichheit der exogenen Krankheitsursache den Ausgangspunkt, um eine Krankheitseinheit zu diagnostizieren. Bei den endogenen Psychosen, der "anderen Hälfte" des psychiatrischen Formenkreises, findet sich hingegen eine Aufgabe des Zusammenhangs von Ursache und äußerem Erscheinungsbild. Hier ist es vielmehr die regellose Abweichung vom Normaltypus, die das Erscheinungsbild prägt. Endogene Psychosen sind derart unklare Formenbilder, deren Ursache, die "Entartung" zwar eine gewisse Einheit andeutet, welche aber nur negativ, als Regellosigkeit, Wechsel zwischen Krankheits- und relativen Gesundheitszuständen zu konstatieren ist.

Aus beiden Richtungen ergibt sich für die klassische Psychiatrie, daß bei den exogenen Psychosen die epidemiologische Forschung nach Umweltursachen überflüssig erscheint, weil die Ursachen bekannt sind. Hier steht das benennen der gefährlichen Umweltkonstellationen, wie die Möglichkeit zur Bleivergiftung usw., im Vordergrund, um die Anzahl der ökologischen Situationen zu reduzieren, die eine exogene Psychose zur Folge haben können. Bei den endogenen Psychosen ist die epidemiologische Forschung hingegen deshalb überflüssig, weil die Psychosen eben endogen, d.h. ohne größeren Bezug auf Umweltkonstellationen gebildet werden.

Man kann diese negative Einstellung gegenüber Umweltfaktoren betonenden epidemiologischen Studien anhand der verschiedenen Jahrgänge der "Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie" belegen. Seit den sechziger Jahren finden sich in ihr praktisch keine allgemeinen Studien mehr zu einer epidemiologischen Aufklärung der Ursachen von Geisteskrankheiten.<sup>2</sup> Einzig der Bereich der Erforschung der

<sup>2</sup> Eine frühe Arbeit auf allgemein-psychiatrischem Gebiet: Kelb (1847); eine spätere Ausnahme auf dem Gebiet der progressiven Paralyse: Buchholz (1899).



progressiven Paralyse macht hier eine gewisse Ausnahme. Und obwohl frühe Studien auf eine hohe Bedeutung von gesellschaftlichen Verhältnissen wie Beruf, Klassenposition usw. hindeuten, bewegt sich die Diskussion um eine epidemiologisch gestützte Ursachentheorie am Ende des 19. Jahrhunderts praktisch innerhalb der zwei Dimensionen Vererbung versus syphilitischer Infektion. Erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts finden sich wiederum Ansätze, die soziale bzw. medizinaltechnische Faktoren bei der Entstehung der progressiven Paralyse zu berücksichtigen trachten (z.B. P.H. Wiedeburg 1928; Wilmanns 1926). Diese Erneuerung epidemiologischen Denkens korrespondiert mit einer Veränderung der Ursachentheorie für die Psychiatrie, die eng mit dem Namen von K. Bonhoeffer verknüpft ist. Denn durch die Kritik von Bonhoeffer (1908; 1912) an der Ursachentheorie der exogenen Psychosen und seiner Übertragung der im Rahmen der Allgemeinmedizin neuentwickelten Krankheitstheorie auf die Psychiatrie wird die Umwelt als Faktor im Bedingungsgefüge für das Auftreten von psychischen Störungen das erste Mal wichtig. Das ergibt sich als Konsequenz aus zwei Gründen: Erstens zerbricht der ätiologische Zusammenhang der verschiedenen Syndromgruppen und macht den Weg frei für das Studium der Gemeinsamkeiten der exogenen und endogenen Gruppe der Geisteskrankheiten. Für gewisse Psychiater wie E. Hoche (1912) und G. Specht (1913) unterscheiden sich beide fortan nur noch durch die Quantität der Ausprägung der Symptome, nicht durch eine spezifisch zu analysierende Ursachen- und Krankheitseinheit. Und zweitens wird klar, daß endogene Symptome gewissermaßen exogen produziert werden können, wodurch den exogenen Faktoren eine ganz neue Rolle eingeräumt wird.

Die Kritik von Bonhoeffer an dem herkömmlichen Krankheitsmodell der Psychiatrie bedeutet auf einer theoretischen Ebene, daß es keinen ursachenspezifischen Charakter eines Krankheitsbegriffs gibt, sondern daß jede Geisteskrankheit auf einer Produktion von Syndromen beruht, die durch endogen bereitliegende Reaktionsformen des Gehirns auf belastende Situationen determiniert werden. Damit wird ein Teil der alten Endogenitätstheorie, die besondere Entwicklungsvorgänge innerhalb von Familiengenerationen auszudrücken beanspruchte, zu einer allgemeinen menschlichen Reaktionstheorie, die auf das gattungsmäßige Potential des Gehirns rekurriert, das unter bestimmten belastenden Situationen ausgelöst wird. Nur die konkreten Unterschiede in Inhalt und Schwere der Reaktion ergeben sich aus der individuellen Erfahrung und der individuellen Anlage des Erkrankten.

Allerdings hat die Theorie von Bonhoeffer eine zweite Seite, die sie zum Initiator einer problematischen Weiterentwicklung werden läßt. Denn durch sie wird in gewissem Maße die Herausdestillierung von Krankheitseinheiten in Form

von klinischer Beobachtung als aussichtslos hingestellt, worin faktisch eine gewisse Auflösung eines strengen medizinischen Krankheitsbegriffs liegt. Und außerdem wird, indem auf die Bedeutung exogener Faktoren zur Auslösung von endogen bereitliegenden Reaktionsformen abgehoben wird, der Weg frei zu einem Studium der exogenen Bedingungen für Geisteskrankheiten, ohne daß dabei eine wirkliche Verursachung unterstellt wird, da die Geisteskrankheit in Form und Inhalt von der Erbmasse bestimmt bleibt. Deutlich zeigt sich dieser Ansatz in der prinzipiellen Erörterung der Bonhoefferschen Theorie von E. Kraepelin (1920), der die epidemiologischen Studien auf die vergleichende Psychiatrie zu konzentrieren sucht, in denen sich psychische Störungen als stammesgeschichtliche Regressionen darstellen, nicht aber als Ausdruck z.B. kapitalistischer Gesellschaftsverhältnisse und belastender Lebensverhältnisse. Damit ist jede epidemiologische Forschung und ihr mögliches Ergebnis für psychiatrische Praxis und Prävention faktisch vorinterpretiert, da sie gesellschaftliche Verhältnisse zwar möglicherweise mit in die Betrachtung einbezieht, sie aber nur als Gelegenheitsursache aufzufassen genötigt bleibt.

Der aus diesem Zusammenhang stammende Begriff der psychogenen Psychose bedeutet so auf der einen Seite das erste Mal eine Berücksichtigung von spezifischen Umweltkonstellationen, da diese als auslösende Krankheitsfaktoren anerkannt werden. Das Umfeld seiner Ausformulierung, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter den Psychiatern einsetzende Diskussion um die Unfallneurose, sowie die faktische Offenheit gegenüber seiner erbtheoretischen Uminterpretation, die sich u.a. in der teilweisen Synonymität von Renten hysterie, Unfallneurose und Unfallhysterie ausdrückt, lassen ihn aber als problematische Erweiterung im Rahmen der Gesamttheorie der Psychiatrie erscheinen.

Deutlicher wird diese Halbherzigkeit, mit der psychogene Faktoren berücksichtigt werden, oder ihre faktische Vorinterpretation als Gelegenheitsprodukte einer erbmäßigen Entartung an dem Begriff der Psychopathie, wie er von E. Kraepelin (IV, 1909) und K. Birnbaum (1909) diskutiert wird. Inhaltlich zeigt der Psychopathiebegriff drei Merkmale: er ist ätiologisch möglichst weit und abstrakt definiert (für die Psychopathie kommen alle möglichen Schädigungen vor der Geburt infrage), so daß er kaum widerlegbar ist, andererseits dadurch aber allen auslösenden Faktoren nur ein peripherer Status zugewiesen ist. Er ist im Symptombild gleichfalls sehr weit gefaßt und enthält alle Formen der individuellen Abweichung von der gesellschaftlichen Norm (Psychopathien sind "Persönlichkeitsstörungen", die nicht auf einzelne psychische Funktionen beziehbar sind, sondern übersummativ über den konkreten Erscheinungen anzusiedeln sind), die trotzdem einen gemeinsamen Ursprung (partielle Entwicklungsstörung aufgrund genetischer oder quasi-genetischer Ursachen) haben sollen. Und der Psychopathiebegriff ist von vornher-

ein diskriminierend, weil er die Betroffenen als Entwicklungsgestörte beschreibt, die sich auf einem atavistischen Niveau bewegen. Das zeigt sich auch an seiner Affinität zur "allgemeinen Geistesschwäche".

Sieht man sich die Aufstellung der nächsten Ursachen, die zur Einlieferung der "Psychopathen" bei Kraepelin genannt werden, näher an, so steht tatsächlich die "mangelnde wirtschaftliche Fähigkeit" der "Psychopathen" im Vordergrund, sich im Alltag der kapitalistischen Reproduktion ein Einkommen zu verschaffen. Diese allgemeine Tatsache wird aber durch das Interpretationsmuster zu einer Randbedingung, die nur persönlichkeitsimmanente Ursachen (das Potential der ererbten konstitutionellen Schwäche) auslöst. An der Schwelle zu einer epidemiologischen Forschung für das Entstehen von psychischen Störungen steht so der Rahmen, der eine Kritik an den realen Lebensverhältnissen ausschließt, die Rückführung der psychischen Störung auf Entartung. Und trotzdem bedient sich die Psychiatrie auf diesem gesicherten ideologischen Rahmen zunehmend der psychogenen Auslösehypothese.

Der gleiche Prozeß zeigt sich in dem dritten Bereich, in dem der psychiatrischen Theorie die Bedeutung der Umweltfaktoren bewußt wird, ohne daß dadurch Einschnitte in die Krankheitstheorie vorgenommen werden. Seit Bleulers Reaktion auf die Überfüllung der Psychiatrien in Form der Frühentlassung von Schizophrenen wird der deutschen Psychiatrie mehr und mehr bewußt, daß ein Moment der Aufstellung der Dementia praecox, die Endformen der Katatonie oder geistigen Abstumpfung, Ergebnis ihrer eigenen Praxis, der Behandlung in der Psychiatrie, ist (vgl. H. Roemer 1931). Eine ausführliche Diskussion dieser Einsicht, daß angeblich chronisch an Dementia praecox erkrankte Patienten bei frühzeitiger Entlassung relativ spontan gesunden, findet sich bei E. Kretschmer.

Er reagiert damit auf die nach dem Ersten Weltkrieg in fast allen Psychiatrien eingeführte Frühentlassung, die sich deutlich anhand sinkender Zahlen bei den durchschnittlichen Behandlungstagen nachweisen läßt. Für Kretschmer ist das Beispiel eines frühentlassenen Schizophrenen ein Indiz dafür, daß das alte somatische Ursachenmodell nicht in der Lage ist, die Entstehung von psychischen Störungen hinreichend zu erklären. Ganz modern formuliert er: "... es gibt in der Naturwissenschaft keine Kausalität, die nur vom Einfachen zum Komplexen ginge, die also sozusagen nur von unten nach oben stiege und oben blind endigte, sondern es gibt nur den geschlossenen Kausalzirkel, wo Einfaches auf Komplexes und Komplexes auf Einfaches wirkt. Wirkung und Rückwirkung und Wechselwirkung beständig im Kreise geschwungen." Deshalb sei in jeder Aufklärung eines psychotischen Symptombildes immer auch der reaktiv psychogene Anteil zu analysieren. Und trotz-

dem bleibt bei Kretschmer - ähnlich auch bei Birnbaums Strukturanalyse - das Somatische, die Konstitution der eigentliche Faktor der Bestimmung der Krankheit, auf die das Psychogene nur aufbaut, wie eine Mauerreihe, so ein Bild von Kretschmer, die sich ohne Übereinstimmung der Fugen zwischen den Steinen auf die andere erhebt, trotzdem aber auf der unteren Reihe steht.

### III. Psychische Hygiene: Widersprüche und Entwicklungslinien

Die wachsende Gruppe der psychogenen Erkrankungen und der Psychopathien, die nach den Angaben Kraepelins für München (1909) immerhin schon rund 20% der Neuaufnahmen ausmachen, und die Praxis der Frühentlassung Schizophrener gegen die Überlastung der psychiatrischen Anstalten bilden die Hauptansatzpunkte für die Entstehung der offenen Fürsorge nach dem Ersten Weltkrieg. Die offene Fürsorge soll helfen, den Aufnahmepressur zu senken, der durch die Gruppe der "psychogenen Psychosen" und "Psychopathien" zustande kommt. Für diese Gruppe der Patienten reiche in der Regel ein dauerhaftes Beratungsangebot. Außerdem erhalten die entlassenen "Schizophrenen" durch die offene Fürsorge weitere Betreuung. Bei dieser Gruppe steht die soziale Wiedereingliederung und die Beratung der Umgebung im Vordergrund der Aufgabe, eine frühzeitige Wiedereinlieferung zu verhindern. Indem die offene Fürsorge praktisch und theoretisch an den Punkten ansetzt, wo die psychiatrische Theorie die Bedeutung psychogener Faktoren akzeptiert, spiegelt die Diskussion um ihre Aufgaben und Möglichkeiten notwendigerweise einen Teil der Ambivalenz wider, die in der gleichzeitigen Entdeckung und Leugnung der psychogenen Faktoren zur Auslösung von Krankheitsbildern angelegt ist. In seinem Aufsatz "Offene psychiatrische Fürsorge und psychische Hygiene", der einen der offensivsten seiner Art darstellt, beginnt G. Kolb, der "Ziehvater" der offenen Fürsorge in Deutschland, seine Ausführungen mit einer Kritik an dem Geltungsbereich der psychiatrischen Aussagen. "Die praktische Psychiatrie erfaßt mit ihrem wichtigsten Organ, mit der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt, in der Regel nur die schweren Formen und Grade der ausgesprochenen Geistesstörungen; Beobachtung und Behandlung schloß bisher mit dem Austritt aus der Anstalt regelmäßig ab ... Aus diesen Verhältnissen ergibt sich: über den Verlauf der Geisteskrankheiten im engeren Sinne sind wir durch zahllose Beobachtungen in Kliniken und Anstalten vollkommen unterrichtet; wir sind unterrichtet über den Ablauf akuter Verschlechterungen bei den leichtesten Formen der psychischen Störungen und bei den Grenzfällen, jedoch erstrecken sich unsere Beobachtungen bei diesen leichten Formen in der Regel auf die vorübergehenden Verschlechterungen und fast ausschließlich auf die Zeit des Anstaltsaufenthalts; hinsichtlich der so wichtigen Auswirkung der gewöhnlichen Umwelt auf den kranken oder krankhaft

veranlagten Menschen und hinsichtlich der praktisch noch viel wichtigeren Auswirkung dieser Menschen auf die Umwelt, über ihre Eingliederung in das Leben sind wir bisher regelmäßig auf die nicht immer kritischen und vielfach wenig verlässigen Angaben der Umgebung ... angewiesen, die uns zudem teilweise nur aktenmäßig zugänglich sind" (G. Kolb 1928, 39 f).

In diesem Zitat zeigen sich tatsächlich alle Widersprüche, mit denen die Bewegung für psychische Hygiene antritt, eine Bewegung, die auf der einen Seite den fortschrittlichen Teil der bürgerlichen Psychiatriediskussion vertritt, indem sie auf die Faktoren der sozialen Lebenssituation vor der Einlieferung und nach der Entlassung aus der Psychiatrie hinweist, auf der anderen Seite aber im Rahmen der traditionellen Sichtweise des Problems der Geisteskrankheiten bleibt, weil diese Kritik eben nur bis zum Faktum der Auslösung von psychischen Störungen reicht, nicht aber das psychiatrische Krankheits- und Behandlungssystem infrage zu stellen trachtet. Die anfängliche Grundkonzeption der offenen Fürsorge und ihrer Interpretation als Beobachtungsmöglichkeit "für die außerhalb der Anstalten lebenden Geisteskranken und geistig abwegigen Menschen", die das Ziel hat, "ihre Persönlichkeit, ihren Zustand, ihre Verhältnisse, besonders ihre Beziehungen zur Umwelt nach einheitlichen Gesichtspunkten systematisch zu erforschen, die Beobachtungen in Krankenblättern niederzulegen" (ibid., S. 42), zeigt etwas von einem gesellschaftlichen Verständnis für die Entwicklungsnotwendigkeiten der psychiatrischen Anstalten und in ihnen gewonnenen Theorien. In ihr klingt W. Griesinger (z.B. 1868/69) an, der seine psychiatrischen Reformvorstellungen immer auch im Zusammenhang der Auswirkungen der Praxis und Empirie der Psychiater auf die psychiatrische Theorie gesehen hat. In dieser Konzeption von Kolb deutet sich ein gewisses Eingeständnis dafür an, daß die Analysierung in Anstalten und die daran anknüpfenden Reaktionen der Menschen eben nicht ein Abbild eines originären Verlaufs einer psychischen Störung, geschweige denn ihrer Ursachen sein müssen, und damit ein Anhaltspunkt zur Kritik der praktischen Grundlagen der psychiatrischen Theorie überhaupt.

Die Anstalt ist auf die Funktion der Heilung zurückzuentwickeln, alle nicht permanent behandlungsbedürftigen Irren sind aus ihr zu entlassen (G. Kolb 1928b). Die freiwerdenden Kapazitäten in den Arbeitskräften der Psychiater sollen stattdessen für die von der Anstalt ausgehende offene Fürsorge genutzt werden. Kolb ist einer der wenigen Psychiater, der auf selbstgeschaffene Sachnotwendigkeiten hinweist, die den medizinischen Zweck der Anstalten gefährden: So steht der schnelleren Entlassung der Irren oft ihr Einsatz in den großen landwirtschaftlichen Gütern der Anstalten entgegen (ibid., S. 456), die wiederum zum wichtigen Lieferanten von Nahrungsmitteln für die Anstalt geworden sind.

Aber diese kritische Seite ist angesichts des Rahmens, den die psychiatrische Theorie läßt, vorinterpretiert. Die offene Fürsorge soll nach Kolb nicht eine selbständige Einrichtung neben der Psychiatrie sein, sondern im Anschluß an die Anstalten organisatorisch und theoretisch ausgebildet werden. Nicht ein unabhängiges Feld von Theorie und Praxis, das in Konflikt mit der Anstalt kommen könnte, wird von den Vertretern der psychischen Hygiene in Deutschland konzipiert und verwirklicht. Vielmehr stellt der Ausbau der psychischen Hygiene in Form von offener Fürsorge nur eine Weiterentwicklung der Anstaltspsychiatrie dar.

Interessanterweise kreist demgemäß eine zentrale Auseinandersetzung zwischen den Vertretern der offenen Fürsorge auf dem Gebiet der Psychiatrie um deren Verhältnis zur allgemeinen Fürsorge, die zum Aufgabengebiet der jeweiligen politischen Gemeinde gehört. Diese Auseinandersetzung ist nicht ohne allgemeineren politischen Hintergrund. Die Einrichtungen der allgemeinen Fürsorge der Gesundheitsämter bilden eine starke Bastion des kommunistisch-sozialdemokratischen Vereins sozialistischer Ärzte, da die kommunale Fürsorge per se schon etwas von Sozialisierung des Gesundheitswesens in sich hat und viele Gemeindeparlamente linke Mehrheiten haben (vgl. S. Leibfried, F. Tennstedt 1980). Tatsächlich wird im rheinisch-westfälischen Industriegebiet die psychiatrische Fürsorge offensiv von dem Gesundheitsamt Gelsenkirchen betrieben und nicht von den betreffenden Anstalten. Stärker noch als in dem Aufsatz des Psychiaters Kolb bildet "die Erkenntnis von der ungeheuren Bedeutung des Milieus wie auch die seiner Beeinflussung" (Wendenburg, Weih 1928, 46) den Ausgangspunkt für diese unabhängig von den psychiatrischen Anstalten betriebenen offenen Fürsorge. Verfolgt man die über die letzten fünf Jahre der Weimarer Republik geführten Diskussionen um die adäquate Organisationsform der offenen Fürsorge, so wird von allen Psychiatern einhellig diese Form abgelehnt: offene Fürsorge kann nach ihnen nur betrieben werden, wenn sie sich theoretisch und organisatorisch eng an die Anstaltspsychiatrie anlehnt. Das zeigt sich auch anhand des Berufsprofils, welches für die Fürsorgestellten entworfen wird. Eigentliche Stütze bilden die Psychiater, die die Beratungsaufgaben übernehmen. Sie bekommen Unterstützung durch eine Fürsorgeschwester, die innerhalb der Psychiatrie ausgebildet wurde oder wird. Die sozialen Probleme lösen hingegen die Hilfsvereine für Irre, wodurch finanzielle Unterstützung, Wohnungsfindung usw. in das Ressort der privaten Wohlfahrt fallen (vgl. E. Matthias 1927, 523 f).

Als Bestandteil dieser Argumentation enger Anbindung an die psychiatrische Theorie und Praxis gerät die offene Fürsorge ins Umfeld des Diskurses um die Ver-

erbbarkeit der Geisteskrankheiten, der - zunehmend zum Hauptgegenstand der Psychiatrie avancierend - eigentlich, gemäß ihrer Konzeption als Fürsorge und Erfahrungsgebiet psychogener Verursachung, höchstens einen untergeordneten Punkt hätte ausmachen sollen. In wachsendem Maße finden sich in den Heften der "Deutschen Gesellschaft für psychische Hygiene" stattdessen Artikel der psychiatrischen Vererbungsforscher, die auf die Sinnlosigkeit und tendenzielle Gefährlichkeit der psychischen Hygiene hinweisen. Den Anfang macht H. Luxenburger, einer der aktivsten Erbtheoretiker der Weimarer Republik. Der Artikel von Luxenburger beginnt in zynisch-moderater Form: "Wo eine hohe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung im günstigen Sinne aufgrund von Umwelteinflüssen nicht von der Hand gewiesen werden kann, wird auch der Eugeniker die Realisierung eines Genotyps gestatten und begrüßen, der neben den günstigen ungünstige Entwicklungsmöglichkeiten in sich schließt" (H. Luxenburger 1929, 165). Um die darin enthaltenen Angriffe auf die Theorie und Praxis der psychischen Hygiene gleichzeitig mit Bitte um Verständnis für seine Position zu komplementieren, ergänzt Luxenburger: "Die Aussicht, daß die Heilung einiger Kranker der heute lebenden Generation mit dem Unglück einer vielleicht weit größeren Zahl von Angehörigen künftiger Generationen erkaufte wird, hat für denjenigen, der den Blick seiner Sorge über das Individualleben hinaus richtet, etwas tief Verstimmendes" (ibid., S. 169).

Warum diese Propaganda für die Erbtheorie, anders kann man den Artikel von Luxenburger kaum auffassen, in den Jahrgängen der Zeitschrift für psychische Hygiene? Und warum ein ab 1932 zu beobachtendes Umkippen des Tenors der Veröffentlichungen in dieser Zeitschrift, eine Tendenzwende, die den Erfolg der Eugeniker und Erbforscher für ihre Sichtweise andeutet?

Was die erste Frage angeht, so stehen Teile der Bewegung für soziale Hygiene und auch für psychische tatsächlich im kritischen Verhältnis zur Vererbungstheorie und Rassentheorie. Im gleichen Jahr wie der Aufsatz von H. Luxenburger erscheint z.B. von G. Loewenstein, einem Arzt eines Berliner Gesundheitsamtes, ein Artikel, der ziemlich deutlich die ideologische Funktion der Vererbungstheorien angesichts des materiellen und psychischen Elends großer Teile der Bevölkerung entlarvt und statt Erbhygiene reale Verbesserungen der Lebensumstände fordert (vgl. S. Leibfried, F. Tennstedt 1980). Die ersten Hefte der Zeitschrift für psychische Hygiene enthalten außerdem mehrere positive Darstellungen des sowjetischen Gesundheitssystems und der dort praktizierten sozialen und psychischen Hygiene. Und Erfolgsmeldungen aus den Arbeitsgebieten der offenen Fürsorge deuten an, daß die Position der Erbtheoretiker auch praktisch nicht ungefährdet ist. Wenn also die Erbtheoretiker die Zeitschrift für psychische Hygiene als Veröffentlichungsmedium akzeptieren, dann hat das

sicherlich etwas mit den realen Gegensätzen zwischen diesen beiden Richtungen zu tun, die keineswegs bereits eindeutig für eine Richtung entschieden sind. Neben diesem Gegensatz in der theoretischen und praktischen Auffassung der Geisteskrankheiten gibt es allerdings auch Gemeinsamkeiten: so z.B., daß beide in ihrer Empirie und ihrem methodischen Vorgehen den engen Rahmen der Psychiatrie verlassen. Die Erbforschung ist notwendigerweise auf "Fakten" außerhalb der Anstalt angewiesen, um Belege für ihre Theorie und Ansatzpunkte für ihre anvisierte Praxis zu bekommen. Genau diese Ansatzpunkte werden aber bei den Betreibern offener Fürsorgestellen unter dem Gesichtspunkt der Konsequenzen des Milieus gesammelt. Ein Interesse der Erbforscher richtet sich also auf das im Rahmen der offenen Fürsorge gesammelte Wissen über die psycho-sozialen Zusammenhänge, die den Irren umgeben, da in diesen Lebenszusammenhängen die zukünftigen Opfer für die "kausale Prophylaxe" durch Sterilisation zu vermuten sind. Dieses Anliegen dokumentiert sich im Rahmen verschiedener Veröffentlichungen der Erbforscher in der Zeitschrift für psychische Hygiene, in denen sie die Aufstellung von Erbkarteien über Irre und die systematische Überwachung aller von Repression und/oder offener Fürsorge Betroffenen - Geistesranke, Hilfsschüler, Gefängnisinsassen, Nichtseßhafte usw. - fordern. So z.B. E. Rüdin, der wohl bekannteste Erbforscher, in dem zweiten Grundsatzartikel innerhalb der Zeitschrift für psychische Hygiene, bei dem die Funktionalisierungsabsicht unüberhörbar ist: "Da die psychische Hygiene in weiser Voraussicht auch die Forderung der psychiatrischen Ursachenforschung auf ihre Fahne geschrieben hat, so wird sie gerade das System der empirischen Erbprognosebestimmung interessieren, das wir in München und Deutschland ausbauen wollen" (E. Rüdin 1930, 137).<sup>3</sup>

Was führt also zu dem Erfolg der Erbforscher gegenüber den kritischen Aspekten der Bewegung für psychische Hygiene, der ab 1931/32 zu beobachten ist? Ein wichtiger Faktor dürfte sicherlich in der Vorentscheidung der Psychiater zugunsten der Anstaltsorientierung und gegen die selbständige Organisation der offenen Fürsorge liegen. Damit war der psychiatrische Diskurs praktisch ohne Alternative: die Beratungen innerhalb der offenen Fürsorge stellen gewissermaßen nur die Verlängerung der Anstalt in die außerhalb der Anstalt liegende Umwelt dar. Gleichzeitig behalten die Psychiater auch die Möglichkeit zur Selbstorganisation ehemaliger Patienten und ihrer Angehörigen unter Kontrolle. So stehen praktisch alle deutschen Hilfsvereine für Geistesranke unter

<sup>3</sup> Deshalb finden sich Stimmen bei den Psychiatern, die um eine Abgrenzung der psychischen Hygiene und offenen Fürsorge gegen die soziale Hygiene bemüht sind (vgl. R. Dreikurs 1928, 72).



der Leitung von Anstaltspsychiatern, ein offensichtlicher Gegensatz zu dem Beispiel der USA, wo die Betroffenheit eines Geisteskranken und seine protokollierten Erfahrungen während seines Aufenthaltes in einer Anstalt den Ausgangspunkt für eine Reformbewegung darstellen. Und drittens gibt es eine partielle Identität in dem Anliegen von Kontrolle, von über die Anstalt hinausgehender Erforschung des Irreseins zwischen Erbforschern und Vertretern der offenen Fürsorge, das allerdings anfangs im theoretischen Ansatz kontrastiert wird.<sup>4</sup> Je mehr aber die offene Fürsorge angesichts des Elends der frühen dreißiger Jahre zum Scheitern verurteilt ist, um so mehr gewinnt auch die Degenerationstheorie an Plausibilität, die dafür ein Erklärungsmuster anbietet, welches zudem den Vorteil hat, den Anschein enger Anbindung an die wissenschaftlichen Diskussionen im Rahmen der Psychiatrie zu erwecken.

#### IV. Das Ende der psychischen Hygiene: Psychiatrie versus Sozialpolitik?

Wenn nach den Gründen gefragt wird, die die ersten Versuche sozialpsychiatrischer Versorgung in Deutschland scheitern lassen, dann dürfte ein weiterer Faktor in dem Klima zu finden sein, in dem die Versuche zur offenen Fürsorge sozialpolitisch stattfinden. Vergleicht man den Zeitpunkt der "Tendenzwende" im Tenor der Diskussionen um die offene Fürsorge und psychische Hygiene, dann liegt dieser ungefähr zeitgleich mit dem sprunghaften Ansteigen der Arbeitslosigkeit um 1929/30 und zeitgleich mit den Reaktionen der Gemeinden und Landfürsorgeverbände, die ab 1931 tiefe Einschnitte in die Zahlungen für die Betreuung von Geisteskranken vornehmen. Der Verpflegungssatz pro Verpflegungstag wird beispielsweise um 12.5% gesenkt, und Gutachten über Einsparungsmöglichkeiten in psychiatrischen Anstalten werden in Auftrag gegeben (vgl. E. Friedländer 1930). Diese Einsparungen betreffen auch die offene Fürsorge, was zur Folge hat, daß der 5. Band der Zeitschrift für psychische Hygiene von 1932 sich hauptsächlich mit der Legitimation der offenen Fürsorge als Sparmaßnahme gegenüber der Anstaltspsychiatrie, kaum mit der Verbesserung der Situation der Irren beschäftigt (vgl. Schuch; Roemer; Faltlhauser; Wiehl; Planck 1932). So ist das Scheitern der offenen Fürsorge als echtes Reformanliegen für das psychiatrische System zu einem gewissen Maße sicherlich auch auf die zeit-

4 Noch deutlicher und früher bei Dreikurs: "Doch ist wohl eine lückenlos ausgebaute Fürsorge die Voraussetzung für eine ebenso lückenlose und nur dann wirkungsvolle Durchführung eugenetisch notwendiger Maßnahmen, wie Sterilisation, Eheregulierung usw. Nicht nur wegen des erst dadurch möglichen Überblickes, sondern auch wegen der größeren Bereitwilligkeit der Betroffenen, wenn sie dafür erhöhten Schutz und Unterstützung gewinnen." (R. Dreikurs 1928, 70)

genössischen Umstände zurückzuführen, die hohe Aufnahmezahlen bei gleichzeitiger Kritik an Sozialausgaben bedingen. Ein Blick auf die Aufnahmezahlen dokumentiert einen ungebrochenen Anstieg der Zahlen bis 1931, obwohl V. Falthäuser bereits 1930 feststellt, daß von 111 öffentlichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten 80 eine offene Fürsorge entweder in Entwicklung oder bereits ausgebaut haben. Zu diesen 80 kommen noch 34 im Zusammenhang mit städtischen Anstalten eingerichtete Fürsorgestellen (V. Falthäuser 1931, 175). Und auch das kurzfristige Sinken der Aufnahmezahlen von 1932 ist nicht von Dauer, weil 1933 fast das Niveau von 1931 wieder erreicht ist. Folgende Tabellen geben die Entwicklungen auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung durch die Gemeinden und Länder wieder:

1. Ausgaben der Gemeinden über 100.000 Einwohner in Preußen (1869-1911) und der Gemeinden über 100.000 Einwohner Deutsches Reich (1930-1932) für Gesundheits- und Sozialwesen

Jahr	Ausgaben (abs.) (in 1.000 RM)	in % des Gesamthaushalts
1869	5.000	19.68
1876	8.600	9.46
1883/84	13.400	13.54
1891/92	28.800	12.35
1911	170.800	14.71
1913/14	520.900	17.98
1930/31	1.259.200	36.20
1931/32	1.210.800	42.24

(Quellen J. Bolenz (1965) und Statistisches Jahrbuch des deutschen Reiches)

2. Ausgaben der Gemeinden und Gemeindeverbände insgesamt, dsgl. für Wohlfahrtspflege, für Geisteskranken allgemein, für jeden Geisteskranken und Zahl der unterstützten Geisteskranken

Jahr	Ausg. insg.	Ausg. für Wo.-Pfl.	Ausg. Geisteskr.	Ausg. pro Geisteskr. (in 1000,-)	Zahl d. Geisteskr.
1913	2896.6	520.9	-	-	-
1926	5629.2	1625.1	-	-	-
1927	6733.6	2184.2	32.5	0.59	55216
1929	8461.1	2317.8	46.6	0.80	58007
1930	8082.1	2610.3	47.8	0.84	56997
1931	6997.9	2800.5	53.1	0.79	67562
1932	6289.3	3111.1	45.3	0.73	61983
1933			46.4	0.74	62865

(in Mio. RM; Quelle: Statistisches Jahrbuch des deutschen Reiches und eigene Berechnungen)

Trotz aller weiteren Versuche, ihre "Wirtschaftlichkeit" volkswirtschaftlich zu belegen, bleibt die offene Fürsorge für die allgemeine zeitgenössische sozialpolitische Diskussion ein problematisches Faktum, das schon vor der Machtergreifung durch den Nationalsozialismus tendenziell bedroht ist. Die spärlichen zeitgenössischen Statistiken zeigen das deutlich:

### 3. Offene Fürsorge: Personen und Ausgaben

Jahr	Personen	% aller Irr.	Ausg. (1000,-)	pro Person
1927	2308	1.8	-	-
1929	2665	2.28	-	-
1931	4238	3.38	157.6	37.19
1933	3858	3.03	114.7	29.73
1935	1773	1.28	97.1	54.77

(Quelle: Statistische Jahrbücher des deutschen Reiches)

Daß daran ab 1930/31 auch mögliche Erfolgsmeldungen wenig ändern würden, wird klar, wenn man das Hauptargument der Erbtheoretiker gegenüber dem sozialpsychiatrischen Ansatz analysiert. Angesichts der Menschenverluste im Ersten Weltkrieg und angesichts der Schwierigkeiten des deutschen Kapitals, international konkurrenzfähig zu werden, sei es unmöglich, größere Summen in Menschen zu "investieren", bei denen es sich nicht "lohne". So auch ein Mitglied des preußischen Staatsrates auf der II. Deutschen Tagung für psychische Hygiene am 21. Mai 1932: "Unsere staatliche Fürsorge muß differenziert werden; wir dürfen für Hoffnungslose nicht ein Mehrfaches ausgeben wie für Gesunde. Wir sind ein armes Volk geworden, viel ärmer, als wir es heute schon einräumen. Unsere ganze Wirtschaftspolitik muß sich bewußt auf unseren Bevölkerungsstillstand einstellen ... Klare Ergebnisse in bevölkerungspolitischem Wissen, klare Zielsetzung im eugenischen Wollen sind eine ausgezeichnete Unterstützung für systematischen Wiederaufbau von Volk und Vaterland" (Struve 1932, 77).

Tatsächlich charakterisiert das betreffende Staatsratsmitglied, was bis in weite Kreise der SPD hinein so etwas wie einen Klassenkompromiß zwischen Kapitalfraktionen und integrierten Teilen der Arbeiterbewegung ausmacht.<sup>5</sup> Sozialpolitik

5 Dieser gemeinsame Ausgangspunkt hängt mit dem gemeinsamen Ursprung der beiden Ansätze aus der Notwendigkeit von Sozialpolitik aufgrund des erreichten Standes der Kapitalverwertung zusammen. Wenn die Bewegung für psychische Hygiene der Erbforschung und Eugenik als modernster Form kapitalistischer Armenpolitik näher steht als die Vertreter der sozialen Hygiene, dann ist das ein Ausdruck dafür, daß die psychische Hygiene aus der Armenpolitik, dem traditionellen Bereich der Fürsorge stammt, während die soziale Hygiene die Bedürfnisse der Arbeiterklasse durch die strukturelle Verankerung z.B. in den Krankenkassen thematisiert, also eher die Ambivalenzen eines Klassenkompromisses zeigt. Einzelne Vertreter haben sich auf diesem Hintergrund neben der psychischen Hygiene schon früh das Gebiet der Erbforschung ausgesucht. So z.B. Roemer, der

wird von diesem Block als auf die Kapitalverwertung bezogene Politik verstanden, die zwar gegenüber dem herkömmlichen Liberalismus im An- und Verkauf der Ware Arbeitskraft neue Bedingungen einführt, aber im Gegensatz zur Armenfürsorge zu sehen ist, deren Charakteristika mangelnde Dynamik, Passivität und mangelnde Beziehung auf Produktivitätsverbesserungen ist.<sup>6</sup> Psychiatrische Anstalts- und Fürsorgeversorgung gehört dabei entschieden zur Armenpolitik, nicht zur Sozialpolitik. Insofern erscheinen Ausgaben auf diesem Gebiet als per se unproduktiv, würden sie doch nichts an den Verwertungsbedingungen für das deutsche Kapital und am Gesundheits- und Ausbildungszustand des verwertbaren Teils der Bevölkerung ändern. Stattdessen ist vielmehr zu erwarten, daß die Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, solange nicht von bestimmten rechtspolitischen Positionen abgegangen wird, dazu tendiert, einen dauerhaften Teil von Überschußbevölkerung zu bilden. Die daran anknüpfenden Rahmenbedingungen für einen gewissen Klassenkompromiß auf dem Gebiet der Sozialpolitik beschreibt u.a. der gesundheitspolitische Experte der SPD, A. Grotjahn, der den Asylierungseffekt der Psychiatrien ausdrücklich begrüßt, da er die zukünftigen Generationen vor dem "Ballast unnützer Existenzen" bewahrt (A. Grotjahn 1923, 462).

Wenn auch die Ausgaben für die Psychiatrie als faux frais einer Sozialpolitik erscheinen, die auf die Notwendigkeit der Kapitalverwertung bezogen ist, so heißt das nicht, daß die psychiatrische Theorie auf dem Gebiet der Diskussion um das Verhältnis zwischen Wirtschafts-, Sozial- und Armenpolitik keine aktive Rolle spielen könnte. Denn der ehemals zur Abgrenzung eines psychiatrischen Formenkreises benutzte Begriff der Endogenität markiert die Stelle, an der Sozialpolitik in Armenpflege umschlägt und damit unwirtschaftlich wird. "Während das eigentliche Proletariat, d.h. die in Arbeit und Lohn stehende handarbeitende Bevölkerung zahlreiche Kinder hervorbringt und damit außer durch ihrer Hände Arbeit für das Bevölkerungsganze von unberechenbar großem Wert ist" (ibd., S. 462), beginnt Grotjahn seinen Diskurs über die Bedeutung von Anstalten, gilt das nicht für die große Gruppe der "Minderwertigen". "Die Nation, der es zuerst gelänge, das gesamte Krankenhaus- und Anstaltswesen in den Dienst der Ausjätung der kör-

---

bereits 1913 über die Nichtsehaften schreibt: "Die psychopathischen bzw. psychotischen Vagabunden stören also nicht allein die Ordnung des Gesellschaftslebens, sie erschweren auch die geregelte Abwicklung der Irrenfürsorge und sie komplizieren die methodische Verarbeitung der Irrenstatistik" (1913, 386). Von anderen steht es fest, daß sie an der Euthanasie beteiligt waren, wie bei V. Falthäuser (vgl. M. Hamann 1985).

6 Traditionell wird dieser Gegensatz als Unterschied zwischen Armenpflege und Sozialpolitik thematisiert (so z.B. H. Maier; E. Heimann 1929). Die Aufarbeitung des materiellen Hintergrunds für ihn findet sich zeitgenössisch unter den Stichworten Arbeiter- versus Armenpolitik bei F. Tennstedt (1982) und S. Leibfried, F. Tennstedt (1985).

perlich und geistig Minderwertigen zu stellen, würde einen von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wachsenden Vorsprung vor allen übrigen Völkern gewinnen" (ibd., S. 463).

Diese vor dem Ersten Weltkrieg geschriebenen Worte behalten ihre Gültigkeit für die allgemeine gesundheits- und sozialpolitische Diskussion auch nachdem die SPD selber Opfer ihrer immanenten Tendenzen geworden ist. Ein manifestes Zeichen dieser Tendenz in der Weimarer Republik ist ihre Umsetzung im Krankenhauswesen. Dort sind aufgrund der wachsenden fixen Kosten bei Einrichtung und Betrieb die Tagessätze enorm in die Höhe geschneit. Eine Antwort auf diese Tendenz ist die konsequente "Scheidung des Aufnahmematerials" (F. Goldmann 1927, 104) in sozialpolitisch Kranke, die kurzer Behandlung mit Aussicht auf Wiederherstellung der Ware Arbeitskraft bedürfen, und in armenpolitisch Kranke, die zu hoher Auslastung des Krankenhauses durch lange Aufenthaltsdauer führen und damit sozialpolitische Lasten darstellen. Für letztere sollen die Pflegeanstalten ausgebaut werden, die erheblich billiger als die Krankenhäuser sind und außerdem dafür genutzt werden können, die Kranken zur Arbeit heranzuziehen. Tatsächlich wächst während der Weimarer Zeit und bereits vorher die Zahl der in Krankenhäuser aufgenommenen Irren, was nicht unerheblich zum Ausbau der Irrenanstalten beigetragen haben dürfte, sind diese in der Regel doch im Bau um die Hälfte, im Betrieb zwischen 2/5 bis 3/5 billiger als die allgemeinen Krankenhäuser (ibd., S. 175). Zumindest ist es eine Forderung vieler Gesundheitspolitiker, die Krankenhäuser durch die Ausscheidung sozialpolitisch nicht Kranker kostenmäßig zu entlasten (vgl. A. Gottstein 1920).

Die Diskussion um den Begriff der Endogenität ist deshalb keine abstrakt-theoretische. Sie gewinnt vielmehr an gesellschaftspolitischer Brisanz mit dem Faktum, daß die Reproduktion des Kapitals in der Situation der Weimarer Republik keineswegs identisch mit der Reproduktion der Bevölkerung ist. Und sie gewinnt an Bedeutung angesichts wachsender staatlicher Vorausleistungen für die Kapitalverwertung, die immerhin 1930 in Form von Infrastrukturleistungen des Reichs, der Länder und der Gemeinden 30% aller Bruttoinvestitionen ausmacht gegenüber ca. 10% 1913 (vgl. J. Kuczynski, 5, 1966). Damit wird die staatliche Verteilung der per Steuern abgeschöpften Mehrwertmasse zu einem zentralen Moment der Kapitalakkumulation. Der Begriff der Endogenität setzt dabei die wissenschaftlich legitimierte Grenze zwischen der aufgrund von Kapitalverhältnissen und gegenüber 1918 übrig gebliebenen Stärke der Arbeiterbewegung notwendigen Sozialpolitik und der Armenpolitik. Er reicht strukturell bis in die juristischen Diskussionen um das Bewahrungsgesetz und bis in die Konstruktion der Anstalten hinein. Das Thema der "psychiatrischen Eugenik" des II. Kongresses des deutschen Vereins

für psychische Hygiene zeigt insofern nur die allgemeine Tendenz an, in der die Lösung des Verhältnisses von angeblich unwirtschaftlicher Armenpolitik zu angeblich im gewissen Rahmen wirtschaftlicher Sozialpolitik liegen wird. Daß auf diesem Kongreß fast einhellige Meinung ist, die Eugenik sei notwendiger Bestandteil für eine psychische Hygiene, dokumentiert die Schwäche der liberalen Strömung innerhalb dieser Reformbewegung. Ihr geht es allerdings kaum anders als den übrigen Bereichen der Psychiatrie. Trotzdem hätte man von der Bewegung der psychischen Hygiene mehr Widerstand erwarten sollen. Stattdessen findet sich auch innerhalb ihres Ansatzes der Kompromiß, der zugunsten eines Rests von Sozialpolitik und gegen die Armenpflege geschlossen wird. Nach R. Sommer, dem Vorsitzenden des Verbands, muß zwischen exogenen und endogenen Ursachen unterschieden werden, wenn die Reichweite der offenen Fürsorge beurteilt werden soll. Nur für die exogenen Krankheitsformen gelte das System der offenen Fürsorge und die Reichweite der Prävention. In allen anderen Fällen stehe "die psychiatrische Eugenik damit im Mittelpunkt" (1932, 67). Ergebnis der Tagung ist demgemäß eine fast vollständige Übereinstimmung der Anwesenden über das "Wirken des Verbandes im Sinne einer eugenischen Prophylaxe" (ibd., S. 80).

Tatsächlich steht also die ehemals fortschrittliche Bewegung für die psychische Hygiene bereits 1932 ohne Alternative und öffentliche Kritik der zukünftigen Praxis im Nationalsozialismus gegenüber. Die von Anfang nur halbherzig betriebene Auseinandersetzung mit dem System der Anstaltspsychiatrie sowie die einseitige Betonung der psychiatrischen Professionalität haben diesen vielversprechenden Versuch zunichte gemacht. Und die Orientierung am "nationalen Wohl" statt an der Perspektive der Betroffenen, die nirgends zu Wort kommen konnte, macht einen weiteren Ausbau der offenen Fürsorge angesichts der Situation des deutschen Kapitals 1932 hinfällig. Kein Wunder, wenn ein politisches Verständnis über die Hintergründe der gesellschaftlichen Realität gänzlich fehlt und in den Veröffentlichungen der Zeitschrift für psychische Hygiene kaum eine Spur des Bewußtseins über die Funktion gesellschaftlicher Ausgrenzung und den ersten Ansprechpartner für eine politische Alternative zu finden ist: der Arbeiterbewegung, soweit sie sich nicht in den Diskurs der Kapitalfraktionen hat zwingen lassen.

#### LITERATUR:

Arbeiten aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt 1 (1886), 222-375 (Ergebnisse der Morbiditätsstatistik in den Heilanstalten des Deutschen Reiches für das Jahr 1882, o. Autorengabe)

BARON, R.: Weder Zuckerbrot noch Peitsche. Historische Konstitutionsbedingungen des Sozialstaates in Deutschland. Beiträge zur Marxschen Theorie 12, 1979, 13-55

- BIRNBAUM, K.: Über psychopathische Persönlichkeiten, Wiesbaden 1909
- BLASIUS, D.: Psychiatrische Versorgung in Preußen, 1880-1910, Sudhoffs Arch. f. Wissenschaftsgesch. 66, 1982, 105-128
- BOLENZ, J.: Wachstum und Strukturwandlungen der kommunalen Ausgaben in Deutschland 1849-1913, Inaug. Diss., Freiburg 1965
- BONHOEFFER, K.: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen, Berl. Klin. Wochenschr. 45, 1908, 2257-2260
- BONHOEFFER, K.: Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. In: Handbuch der Psychiatrie, Spez. Th. 3 Abt. 1. Hälfte, Leipzig 1912
- BOOR, W. de: Psychiatrische Systematik. Ihre Entwicklung in Deutschland seit Kahlbaum, 1954
- BUCHHOLZ: Statistische Mittheilungen über die Verbreitung der Dementia paralytica in dem Regierungsbezirke Cassel und den Fürstentümern Waldeck und Pyrmont, Allg. Z. f. Psychiat. 56, 1899, 176-220
- DICK: Irrenstatistische Streifzüge I. Allg. Z. f. Psychiat. 32, 1875, 565-570
- DREIKURS, R.: Von der Geisteskrankenfürsorge über die soziale Psychiatrie zur psychischen Hygiene. Allg. Z. f. Psychiat. 88, 1928, 67-73
- FALTHAUSER, V.: Der gegenwärtige Stand der offenen Fürsorge an den deutschen öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, Z. f. psych. Hyg. 3, 1930, 163 - 175
- FALTHAUSER, V.: Die wirtschaftliche Unentbehrlichkeit und die wirtschaftliche Gestaltung der offenen Geisteskrankenfürsorge in der Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der Fürsorge in der Stadt, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 34 - 98
- FISCHER, M.: Hilfsvereine für Geisteskranke und offene psychiatrische Fürsorge, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 52 - 60
- FRIEDLÄNDER, E.: Eine Gefahr für die deutsche Irrenfürsorge, Allg. Z. f. Psychiat. 93, 1930, 194 - 205
- GECK, A.: Grundfragen der betrieblichen Sozialpolitik, Schriften d. Vereins f. Sozialpol. 181, 3, 1935
- GOLDMANN, F.: Siechenhäuser und Altersheime. In: GOTTSTEIN, A. u.a. (ed.): Handbuch der sozialen Hygiene 6, 1927, 96 - 197
- GOTTSTEIN, A.: Die neue Gesundheitspflege, Berlin 1920
- GOTTSTEIN, A.: Krankenwesen. In: GOTTSTEIN, A. u.a. (ed.): Handbuch der sozialen Hygiene 6, 1927, 1 - 95
- GRIESINGER, W.: Vorwort, Arch. f. Psychiat. u. Nervenkrankh. 1, 1868/69, III - VIII
- GROTJAHN, A.: Soziale Hygiene. In: SCHMOLLER, G. (ed.): Die Entwicklung der deutschen Volkswirtschaftslehre im neunzehnten Jahrhundert 2.Th., 34. Kap., Leipzig 1908
- GROTJAHN, A.: Soziale Pathologie, Berlin 1923
- HAMANN, M.: Die Morde an polnischen und sowjetischen Zwangsarbeitern in deutschen Anstalten, Beiträge zur nationalsozialistischen Gesundheits- und Sozialpolitik 1, 1985, 121 - 187
- HAUSTEIN, H.: Die Geschlechtskrankheiten einschließlich der Prostitution. In: GOTTSTEIN, A.: Hb. d. Sozial. Hyg. u. Gesundheitsfürs. 3, 1926, 551 - 773
- HEIMANN, E.: Soziale Theorie des Kapitalismus, Tübingen 1929

- HILDEBRANDT, H.: Stichwort "Psychose". In: GRÜNDER, K. (ed.): Hist. Wörterbuch d. Phil. 7, vorauss. Erscheinungsj. 1986
- HOCHE, E.: Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, Z. f. d. ges. Neurol. u. Psychiat. 12, 1912, 540 - 551
- HOLTHAUSEN, P.: Zur Einrichtung einer Erbbiologischen Kartei, Z. f. psych. Hyg. 3, 1930, 54 - 64
- KELP: Irrenstatistik des Herzogtums Oldenburg, Allg. Z. f. Psychiat. 4, 1847, 585 - 625
- KÖHLER, E.: Arme und Irre, Berlin 1977
- KOLB, G.: Offene psychiatrische Fürsorge und psychische Hygiene, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 39 - 45
- KOLB, G.: Begründung, Allg. Z. f. Psychiat. 88, 1928b, 449-459
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie I, Leipzig 8, 1909
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie IV, Leipzig 8, 1909
- KRAEPELIN, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins, Z. f. ges. Neurol. u. Psychiat. 62, 1920, 1 - 29
- KRAFFT-EBING, R. v.: Lehrbuch der Psychiatrie, Stuttgart 6, 1897
- KUCZYNSKI, J.: Die Geschichte der Lage der Arbeiter unter dem Kapitalismus 5, Berlin 1966
- LAEHR, H.: Über Irresein und Irrenanstalten, Halle 1852
- LEIBFRIED, S. / TENNSTEDT, F.: Kommunale Gesundheitsfürsorge und sozialistische Arztpolitik zwischen Kaiserreich und Nationalsozialismus - autobiographische, biographische und gesundheitspolitische Anmerkungen von Dr. Georg Loewenstein, Arbeitsberichte zu verschütteten Alternativen in der Gesundheitspolitik 3, Bremen 1980
- LEIBFRIED, S. / TENNSTEDT, F.: Armenpolitik und Arbeiterpolitik. In: dies.: Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaates, Frankfurt 1985, 64 - 93
- LOEWENSTEIN, G.: Entartung, Aufwartung, Erziehung, 1929. In: LEIBFRIED, S. / TENNSTEDT, F. 1980
- LUXENBURGER, H.: Grundsätzliches zur kausalen Prophylaxe der erblichen Geisteskrankheiten, Z. f. psych. Hyg. 2, 1929, 164 - 172
- MAIER, H.: Die rechtlichen Grundlagen und die Organisation der Fürsorge. In: GOTTSTEIN, A.: Hb. f. Sozial. Hyg. u. Gesundheitsfürs. 3, 1926, 1 - 114
- MATTHIAS, E.: Fürsorge für Geisteskranke. In: GOTTSTEIN, A.: Hb. f. Sozial. Hyg. u. Gesundheitsfürs. 4, 1927, 512 - 526
- MECHLER, A.: Degeneration und Endogenität, Der Nervenarzt 34, 1963, 219 - 226, Medizinal-Statistische Mitteilungen aus dem Kaiserlichen Gesundheitsamt, Berlin 1893 ff
- MÖBIUS, P.J.: Ueber die Eintheilung der Krankheiten, Centralblatt f. Nervenheilk. u. Psychiat. 15, 1892, 289 - 301
- PLANCK, R.: Die wirtschaftliche Unentbehrlichkeit und die wirtschaftliche Gestaltung der offenen Geisteskrankenfürsorge in der Gegenwart vom Standpunkt der Kommunalverwaltung, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 103 - 118
- PRINZING, F.: Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik, Karlsruhe 1920
- ROEMER, H.: Zur Kenntnis des psychisch abnormen Landstreichertums, Allg. Z. f. Psychiat. 70, 1913, 384 - 409



- ROEMER, H.: Die Tätigkeit der Hilfsvereine für Geisteskranke und die internationale Bewegung für geistige Hygiene, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 21
- ROEMER, H.: Die Frühentlassung der Schizophrenen, Z. f. psych. Hyg. 4, 1931, 10 - 24
- ROEMER, H.: Die Sparprogramme für die offene Gesundheitsfürsorge und die offene Geisteskrankenfürsorge, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 47 - 50
- RÜDIN, E.: Die Bedeutung der Eugenik und Genetik für die psychische Hygiene, Z. f. psych. Hyg. 3, 1930, 133 - 147
- SCHUCH, H.: Ist die Aufhebung oder Einschränkung der offenen psychiatrischen Fürsorge eine wirksame Sparmaßnahme?, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 35 - 47
- SCHÜLE, H.: Handbuch der Geisteskrankheiten, Leipzig 1878
- SOMMER, R. u.a.: Zur Einführung, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 1 - 4
- SOMMER, R.: Clifford Wittingham Beer, A mind that found itself, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 5 - 9
- SOMMER, R.: Begrüßungsreferat auf der zweiten Tagung des deutschen Vereins für psychische Hygiene, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 66 - 67
- SOMMER, R.: Abschließende Bemerkungen über den Verlauf der zweiten Tagung des deutschen Vereins für psychische Hygiene 5, 1932, 79 - 80
- SPECHT, G.: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen, Z. f. ges. Neurol. u. Psychiat. 19, 1913
- Statistisches Jahrbuch des deutschen Reiches, Berlin 1922 ff
- STRUVE: Die eugenischen Anträge, die im preußischen Staatsrat 1931 beraten und am 20. Januar 1932 zu Ende geführt sind (Referat), Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 76 - 77
- TENNSTEDT, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland, Göttingen 1981
- WENDENBURG, F. / WEIH: Die kommunale Fürsorgestelle für Geisteskranke, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 45 - 52
- WENDENBURG, F. / WEIH: Der Einfluß organisierten Landaufenthaltes auf Schüler und Schülerinnen höherer Lehranstalten in bezug auf die geistige Leistungsfähigkeit, Z. f. psych. Hyg. 1, 1928, 80 - 84
- WIEDEBURG, P.H.: Zur Ausbreitung der Paralyse in Deutschland, Allg. Z. f. Psychiat. 88, 1928, 243 - 279
- WIEHL: Die wirtschaftliche Unentbehrlichkeit und wirtschaftliche Gestaltung der offenen Geisteskrankenfürsorge in der Gegenwart unter besonderer Berücksichtigung der ländlichen Fürsorge, Z. f. psych. Hyg. 5, 1932, 98 - 103
- WILMANN: Historisch-geographische Pathologie (bei Syphilis, Metasyphilis) (Referat), Allg. Z. f. Psychiat. 83, 1926, 412 f
- WINSCHUH, J.: Grenzen der Sozialpolitik, Leipzig 1929, 6. Heft Wirtschaftliche Zeitfragen (ed.): E. SCHULTZE

Helmut Hildebrandt  
Brachvogelweg 50  
2900 Oldenburg